

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Novembre 1903, à 4 heures

PAR

L. PAUTRIER

Les tuberculoses
cutanées atypiques
(Tuberculides)

PRÉSIDENT : M. POZZI, professeur.

JUGES. { MM. BUDIN, professeur.
MAYGRIER, } agrégés.
AUVRAY, }

PARIS

C. NAUD, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

1903

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen..	M. DEBOVE.
	Professeurs..	MM.
Anatomie..		POIRIER.
Physiologie..		Ch. RICHET.
Physique médicale..		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale..		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale..		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales..		BOUCHARD.
Pathologie médicale..		{ HUTINEL.
		{ BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale..		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique..		CORNIL.
Histologie..		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils..		BERGER.
Pharmacologie et Matière médicale..		POUCHET.
Thérapeutique..		GILBERT.
Hygiène..		PROUST.
Médecine légale..		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie..		DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale..		CHANTEMESSE.
		{ DEBOVE.
Clinique médicale..		{ LANDOUZY.
		{ HAYEM.
		{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants..		GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux..		RAYMOND.
		{ TERRIER.
Clinique chirurgicale..		{ DUPLAY.
		{ LE DENTU.
		{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique..		DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires..		GUYON.
Clinique d'accouchement..		{ PINARD.
		{ BUDIN.
Clinique gynécologique..		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile..		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LAUNOIS.	RIEFFEL, chef
ACHARD.	DUPRE.	LEGRY.	des trav. anat.
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GILLES DE LA	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	TOURETTE.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (AUG.).	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (ANDRÉ).	GOUJET.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	GUIART.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	HARTMANN.	REMY.	WALTHER.
DEMELIN.	JEANSELME.	RENON.	WIDAL.
	LANGLOIS.	RICHAUD.	WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

TRAVAUX DU MÊME AUTEUR

- La question des injections mercurielles (Revue générale). *Gazette des hôp.*, janvier 1903, nos 5, 6, 7 et 9.
- La nature tuberculeuse de l'angiokératome. Les tuberculides familiales. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1903.
- La cure photothérapique du lupus tuberculeux de la face (avec LEREDDE). *Société de thérapeutique*, janvier 1902 et *Bulletin général de thérapeutique*, janvier-février 1902.
- Un cas d'angiokératome coexistant avec un lupus pernio et la tuberculose pulmonaire (avec LEREDDE). *Société de dermatologie*, février 1902.
- Lupus érythémateux de la face. Angiodermite tuberculeuse des mains (avec LEREDDE). *Société de dermatologie*, mars 1902.
- Ergebnisse der phototherapeutischen Behandlung bei tuberculösen Lupus des Gesichts (avec LEREDDE). *Dermatologische Zeitschrift*, avril 1902.
- Le traitement des tuberculoses cutanées depuis Finsen. Indications et contre-indications de la photothérapie (avec LEREDDE). *Société de dermatologie (Congrès de Toulouse)*, avril 1902.
- Tuberculose péri-anales papillomateuse (avec LEREDDE). *Société de Dermatologie*, mai 1902.
- Hémo-diagnostic dans un cas de dermatose de Dühring fruste. *Société de dermatologie*, mai 1902.
- Sur une forme spéciale de lupus tuberculeux de l'extrémité du nez. Lupus lymphangitique en nappe (avec LEREDDE). *Revue pratique des maladies cutanées*, août 1902.
- Lupus érythémateux et angiodermite tuberculeuse. *Revue de la tuberculose*, août 1902.
- Importance du rôle joué par l'excipient dans la thérapeutique dermatologique :

- les pâtes, les pommades, les crèmes, etc... *Revue pratique des maladies cutanées*, avril 1902-mai 1903.
- Diagnostic de la lèpre par l'examen du mucus nasal après ingestion d'iodure de potassium (avec LEREDDE). *Société de biologie*, 5 décembre 1902.
- Influence des radiations de différentes longueurs d'onde sur le développement des batraciens. *Société de biologie*, décembre 1901.
- Diagnostic du lupus tuberculeux du nez par l'examen du mucus nasal après ingestion d'iodure (avec LEREDDE). *Société de biologie*, 20 décembre 1902.
- Photothérapie, photobiologie. Le rôle thérapeutique et le rôle biologique de la lumière (avec LEREDDE). In-8°. Naud, éditeur, janvier 1903.
- Épithélioma de la fosse temporale avec paralysie faciale : de l'utilité de la biopsie. *Société d'anatomie*, avril 1903.
- Étude expérimentale d'une éruption médicamenteuse due à l'antipyrine. Existence de lésions sanguines (avec LEREDDE). *Société de biologie*, juillet 1903.
- L'état actuel de la radiographie dans le traitement des affections cutanées (avec LEREDDE). *Journal des Praticiens*, septembre 1903.
- Deuxième note sur l'existence de lésions sanguines au cours des éruptions antipyriniques (avec LEREDDE). *Société de biologie*, novembre 1903.
- Le traitement du lupus tuberculeux à formes ulcérées et végétantes. *Société de thérapeutique*, octobre 1903.
- Formulaire thérapeutique, in *Traité de thérapeutique des maladies de la peau*, de LEREDDE. Masson, éditeur (sous presse).
- Observations et faits, in *Thèses de LEPEUT, SCHMITKO, PEYSSONEAU, AUJAN, PICHÉREAU*.
-

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
ET DANS LES LABORATOIRES

MM. F. BESANÇON, DARIER, DOLÉRIS,
HALLOPEAU, HUMBERT, L. JULLIEN,
LANDOUZY, LEREDDE, POZZI, QUEYRAT,
J.-CH. ROUX, SÉBILEAU, VIALLETON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

LE GROUPE DES TUBERCULIDES

La conception de la tuberculose cutanée antérieurement aux
« tuberculides ».

Si l'on examine l'état actuel de la question des manifestations cutanées de la tuberculose, tel qu'il apparaît à travers les travaux de ces dernières années, on s'aperçoit que le domaine de la tuberculose cutanée est allé sans cesse en s'accroissant, et cela d'une manière considérable.

Habitués à ne voir dans la tuberculose qu'une maladie grave, à évolution destructive, on enfermait, il y a quelques années encore, ses manifestations cutanées dans le cadre étroit des gommes tuberculeuses, de la tuberculose ulcéreuse aiguë, du lupus de Willan et des lésions papillomateuses, type Riehl et Paltauf, ou tubercule anatomique. Il est curieux de voir combien étroitement la conception de la tuberculose cutanée marchait de pair avec la conception de la tuberculose viscérale. Il y avait une sorte de schéma général anatomo-pathologique de « la lésion tuberculeuse » qui semblait s'être imposé à l'esprit,

et les dermatologistes, comme les cliniciens, ne cherchaient la tuberculose que dans la lésion qui détruit et qui ronge. Il semble cependant que, plus facilement que d'autres, les dermatologistes eussent pu servir en quelque sorte de précurseurs, dans l'étude de la tuberculose. N'avaient-ils pas les lésions sous les yeux, avec la possibilité de les étudier, de les exciser, de les biopsier, pour l'inoculation ou pour l'examen histologique? Mais, l'esprit, par discipline intellectuelle et par tendance à la simplification, s'en tenait au schéma généralement adopté, et n'admettait pas qu'on fît rentrer dans le cadre de la tuberculose tégumentaire, toute lésion qui ne réalisait pas ce schéma : Nous verrons par exemple, au cours de ce travail, la difficulté avec laquelle on admit la nature tuberculeuse du lichen scrofulosorum (lésion manifestement tuberculeuse, contenant des cellules géantes et des bacilles) uniquement parce qu'il guérit spontanément.

Quoi qu'il en soit, des conceptions nouvelles de pathologie générale vinrent élargir le cadre des tuberculoses viscérales ou ganglionnaires : la pleurésie primitive, dite *a frigore*, fut reconnue de nature tuberculeuse dans la plupart des cas : on admit que, dans une proportion importante, les polyadénopathies cervicales de l'enfance étaient une manifestation tuberculeuse ; MM. Rendu et Widal montrèrent la nature tuberculeuse de certaines hypertrophies spléniques, et l'on admit également cette nature pour certains rétrécissements du rectum, toujours considérés jusqu'alors comme d'origine syphilitique. On admit l'existence de tuberculoses atténuées, latentes, à marche chronique, insidieuse et de lésions viscérales

dues aux produits sécrétés par le bacille de Koch. Parallèlement à ces conceptions, on en vint, en pathologie cutanée, à comprendre d'une façon beaucoup plus large le rôle pathogénique du bacille tuberculeux ou de ses toxines. Ce fut surtout l'œuvre des cliniciens, Besnier, Hutchinson, puis Bœck, qui opposèrent leur façon large de concevoir la tuberculose cutanée, à la conception restreinte imposée par les écoles anatomo-pathologiques. A vrai dire, depuis longtemps déjà, à une époque où l'étude histologique des lésions de la peau n'était pas encore faite, où le bacille de Koch n'avait pas été découvert, M. Besnier avait affirmé la nature tuberculeuse du lupus érythémateux. Il l'affirmait au nom de la clinique, parce que chez ses malades atteints de lupus érythémateux il retrouvait les mêmes antécédents personnels ou héréditaires, les mêmes accidents coexistants, la même atmosphère tuberculeuse chez ses malades atteints de lupus tuberculeux ; plus encore que ces derniers, les malades présentant du lupus de Cazenave mouraient souvent de tuberculose pulmonaire. Mais cette théorie, adoptée en France par ses élèves directs, M. Besnier devait la défendre contre l'opposition de presque tous les dermatologistes étrangers. Actuellement encore, les anatomo-pathologistes, en particulier ceux de l'école allemande, battent en brèche cette compréhension de la tuberculose, trop large à leur gré.

Le congrès de Londres, 1896. — Le cadre de la tuberculose cutanée s'étendait cependant, peu à peu, pour tous. En 1880, Bœck décrivait sous le nom de lupus

érythémateux disséminé, un type clinique nouveau dont, quelques années plus tard, l'étude devait être reprise par l'école dermatologique française, en particulier par Brocq, Barthélemy, Hallopeau, Darier, sous le nom de folliculites suppuratives disséminées ou agminées et de folliculis. On commençait à entrevoir les rapports d'autres affections telles que l'érythème induré, l'acné scrofulosorum, avec la tuberculose. Enfin en 1896, le III^e Congrès international de Dermatologie, tenu à Londres, mettait parmi ses questions à l'ordre du jour l'étude des « Relations entre la tuberculose et les maladies de peau autres que le lupus vulgaire ». MM. Hallopeau, Nevins Hyde et R. Crocker étaient nommés rapporteurs.

M. Hallopeau essaya d'établir une classification pathogénique qui l'amenait à constituer trois groupes :

A. Les tuberculoses cutanées bacillaires : le lupus scléreux de Vidal ou tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauff, le tubercule anatomique, les tuberculoses gommeuses, les tumeurs tuberculeuses, les tuberculoses ulcéreuses, et les tuberculoses suppuratives.

B. Les tuberculoses cutanées provoquées vraisemblablement par une forme microbienne distincte du bacille vulgaire : lupus érythémateux, lupus pernio.

C. Les tuberculoses cutanées engendrées par des toxines émanées de foyers plus ou moins éloignés : sous ce titre, M. Hallopeau réunissait les éruptions qui se développent chez les tuberculeux, le plus souvent en même temps que les dermatoses bacillaires, et parfois sous leur influence directe, ne sont pas destructives, n'ont pas la structure des tuberculoses bacillaires, ne sont pas hétéro-

inoculables et sont susceptibles d'être provoquées par la tuberculine. Il reconnaissait comme telles le lichen scrofulosorum, l'acné cachectique, l'acné scrofulosorum, les folliculites isolées ou agminées en placards à progression excentrique, la tuberculose papulo-vésiculeuse et les érythèmes tuberculeux.

Enfin, le rapporteur français consacrait un dernier paragraphe aux dermatoses trouvant chez les tuberculeux un terrain favorable, dont le type est l'eczéma scrofuleux de Bazin ou eczéma tuberculeux de Hutchinson, Unna, Neisser.

N. Hyde traça à la tuberculose un cadre beaucoup plus large (1), comprenant non seulement des lésions dont on pouvait soupçonner l'origine tuberculeuse, mais un certain nombre d'autres dermatoses (dans la production desquelles intervient un tout autre facteur pathogénique)

(1) N. HYDE classa les symptômes cutanés de la tuberculose, non compris le lupus vulgaire, en trois catégories :

1^o Les lésions dues à l'infection tuberculeuse primitive et secondaire, dans lesquelles rentraient toutes les formes de tuberculose ulcéreuse et papillomateuse déjà connues ;

2^o Les lésions où la présence des bacilles tuberculeux n'a pas été démontrée, mais où il est possible qu'elle pourrait être démontrée à l'avenir. Ce groupe comprenait : le lupus érythémateux, l'érythème induré de Bazin, le lichen scrofulosorum, la tuberculose suppurative bulleuse aiguë d'Hallopeau, un groupe de lésions acnéiformes, sycosiformes et folliculaires, dont il est possible que la tuberculose soit la cause, la chéloïde et le chancre mou compliqué de tuberculose ;

3^o Les dermatoses résultant indirectement d'une tuberculose d'autres organes que la peau : certaines lésions eczématoides, l'érythème pernio, des formes exceptionnelles d'érythème polymorphe, quelques formes de mélanodermie, le purpura des cachectiques, quelques-unes des dermatoses médicamenteuses.

uniquement parce qu'elles pouvaient se produire chez des tuberculeux.

Après avoir trop refusé à la tuberculose c'était vraiment trop lui donner et cette trop grande richesse devenait embarrassante. On ne peut s'empêcher d'être surpris, en trouvant dans l'énumération de N. Hyde des affections telles que la chéloïde, des lésions eczématoïdes, la mélanodermie et des dermatoses médicamenteuses. Il apparaissait clairement qu'il y avait dans cette confusion l'effet d'une généralisation trop hâtive et que la question devait être reprise et mûrie plus longuement.

Les tuberculides de Darier (1896).

Le rapport remarquable de M. Hallopeau devait dans la suite être maintes fois repris et servir de point de départ pour des discussions ou des travaux nouveaux.

Il émettait une hypothèse des plus séduisantes sur le rôle des toxines du bacille tuberculeux ; il essayait, et cela de la façon la plus heureuse, de mettre de l'ordre dans une question confuse et difficile. Mais justement à cause de cette hypothèse et parce que fondé sur une hypothèse, il ne constituait guère qu'un plan de travail, que des recherches ultérieures étaient appelées à corroborer ou à modifier. C'était d'ailleurs la première fois que des dermatologistes de tous pays venaient confronter leurs idées sur un sujet nouveau. L'accord était loin d'être réalisé. Aux partisans de la nouvelle théorie d'une compréhension plus large de la tuberculose, s'opposait l'école allemande,

imbue du dogme anatomo-pathologique, et Kaposi, qui avait pendant longtemps, même après Koch, protesté contre la nature tuberculeuse du lupus vulgaire, protestait encore en s'écriant : « On trouve maintenant de la tuberculose partout ! »

Si des résultats précis n'avaient pu être atteints, une notion très nette se dégageait cependant de ce congrès de Londres : celle de l'existence de dermatoses en rapport étroit de par la clinique avec la tuberculose, et présentant entre elles de suffisantes analogies pour pouvoir constituer un groupe naturel : une étiquette commune manquait seule à ce groupe.

M. Darier la lui fournit, la même année, dans une communication à la *Société de Dermatologie* sur « Les tuberculides cutanées ». « L'attention des dermatologistes de tout pays, déclarait-il, se porte actuellement sur une série de dermatoses qui ont été jusqu'ici négligées ou rangées dans des chapitres divers ; je veux parler des affections qu'on a décrites sous le nom d'acné des cachectiques, d'acné scrofulosorum, de folliculite disséminée ou groupée, d'acnitis, de folliclis, d'hydrosadénite destruens ou suppurative, de granulome innominé ou même de lupus érythémateux disséminé (Bœck), etc...

Deux points me paraissent mériter d'être mis en relief. En premier lieu, toutes ces dermatoses ont entre elles de grandes analogies : elles forment un groupe naturel : toujours il s'agit d'éruptions successives, d'éléments débutant par des papules ou nodules intradermiques, plus ou moins profonds, indolents, se couronnant d'une vésicopustule qui se crève ou se dessèche en croûte, offre une

dépression ulcéreuse assez profonde, et guérit en laissant une macule cicatricielle et pigmentée ; l'évolution des éléments est d'une lenteur caractéristique et dure des semaines et des mois. La topographie et le groupement des éléments sont très variables. On ne peut pas actuellement subdiviser ce groupe en types bien définis. Souvent on observe plusieurs types, décrits sous des noms différents, chez un même sujet, et le malade que je présente en est un exemple.

En second lieu, il ressort des observations publiées et des faits que j'ai vus, qu'il existe une relation certaine entre ces éruptions et la tuberculose. Très habituellement, on les constate chez des malades atteints de tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire ; quelquefois elles coexistent avec des tuberculoses cutanées, telles que lupus ou gommes tuberculeuses ; elles offrent ainsi des rapports avec le lichen scrofulosorum, le lupus érythémateux, le lupus pernio et les engelures.

La nature de cette relation n'est pas élucidée ; personne n'a trouvé de bacilles de Koch dans les lésions du groupe en question. S'agit-il de toxines ? d'infections surajoutées ? C'est ce qu'on ignore. L'histologie a donné, dans les quelques cas où l'on y a fait appel, des résultats assez discordants. Dans le cas d'acnitis de Barthélemy, j'ai trouvé un tissu néoformé ressemblant beaucoup à une infiltration tuberculeuse périfolliculaire, mais sans bacilles ; les préparations très démonstratives de M. Bureau montrent un processus tout différent, périvasculaire et d'essence nécrotique. Dans un cas du D^r Spiegel, étudié sous la direction d'Unna, et qui sera publié dans les *Monatshefte*

du 15 décembre 1896, il y avait des lésions tout à fait analogues. D'autres histologistes sont arrivés à des résultats différents.

Mais, quoi qu'il en soit de ces divergences, il n'en reste pas moins que la relation clinique de ces éruptions avec la bacillose est très évidente ; qu'il y a intérêt à leur donner un nom générique qui rappelle cette relation ; je propose celui de tuberculides.

En dehors et à côté des tuberculoses cutanées incontestables et connues (lupus, gommes, ulcères), contenant le bacille, il y aurait donc toute une série de tuberculides cutanées qu'il s'agit d'étudier, de soumettre à l'analyse anatomo-clinique, pour arriver à voir clair dans la délimitation de ce groupe et dans les subdivisions qu'il comporte. »

Le nouveau groupe était baptisé, mais le nom proposé ne fut pas sans soulever quelques divergences. Quelques auteurs le trouvèrent compromettant, dans ce sens qu'il engageait trop la nature présumée des dermatoses qu'il désignait ; on proposa le terme de tuberculoïdes, comme moins accentué et plus vague et celui de scrofulides, qui indiquait seulement un terrain, sans évoquer trop facilement l'idée de tuberculose. M. Darier fit observer que ressusciter ce vieux mot tombé en désuétude était courir le risque d'amener des confusions. Depuis le démembrement de la scrofule et le partage de ses lésions entre la tuberculose et la syphilis le terme de scrofulides ne peut plus représenter de lésions autonomes, ayant une individualité.

Le nouveau mot fit d'ailleurs rapidement fortune ; il

se généralisa, fut admis par toute l'école dermatologique française, passa également à l'étranger où il fut adopté un peu partout, se juxtaposant aux « exanthèmes de la tuberculose » de Bœck. Suffisamment clair, il avait le mérite de réunir sous une même appellation tout ce groupe de dermatoses, offrant entre elles les plus grandes affinités, et d'indiquer en même temps leur rapport étroit avec l'infection tuberculeuse. Mais, phénomène fréquent dans l'histoire des mots, par sa simplicité même, par l'extensibilité qu'il était susceptible de montrer, le nouveau terme ne tarda pas à prendre des sens différents dans l'esprit de différents dermatologistes, et au Congrès de 1900, lorsqu'on essaya de préciser ce qu'il convenait d'entendre sous ce nom de « tuberculides », quelles étaient les affections qui devaient constituer le groupe, on s'aperçut que l'on ne s'entendait plus.

Si l'on relit la communication de M. Darier, on s'aperçoit que la description qu'il donne du nouveau groupe ne s'applique guère qu'aux tuberculides nodulaires : il s'agit d'éléments débutant par des nodules intradermiques plus ou moins profonds, se couronnant d'une vésicopustule qui se crève ou se dessèche en croûte, offre une dépression ulcéreuse assez profonde et guérit en laissant une macule cicatricielle : c'est bien là la description de l'acnitis, de la folliculis, de l'érythème induré seulement. Il entrait pourtant, croyons-nous, dans l'esprit de l'auteur, que le lupus érythémateux, le lupus pernio et le lichen scrofulosorum pouvaient faire partie du nouveau groupe. Mais, par analogie avec d'autres mots semblables, il parut à certains auteurs que le terme de tuberculides devait

s'appliquer à toutes les manifestations cutanées de la tuberculose. Les termes de syphilides, de léprides ne désignent-ils pas toutes les manifestations cutanées de la syphilis ou de la lèpre ?

Tuberculides et toxi-tuberculides. — C'est ainsi que l'entendit M. Hallopeau qui exposa ses idées dans une communication des plus intéressantes au IV^e Congrès pour l'étude de la tuberculose. Pour lui, la nouvelle dénomination est applicable à toutes les manifestations cutanées, bacillaires ou non de la tuberculose, et il faut, par conséquent, y faire rentrer les lupus, les gommès et toutes les autres manifestations bacillaires de la maladie. Il proposa donc d'admettre deux ordres de ces dermatoses : les tuberculides bacillaires et les toxi-tuberculides. C'est parmi ces dernières que se classait tout le groupe des tuberculides Darier. M. Hallopeau y comprenait, en effet : les tuberculides acnéiformes et nécrotiques, le lichen scrofulosorum, peut-être le lupus érythémateux et le lupus pernio, les tuberculides papulo-érythémateuses, l'acné cachecticorum, l'acné scrofulosorum, les folliculites agminées et pemphigoïdes, certains eczémas, l'ecthyma térébrant de l'enfance, et peut-être, enfin, le pityriasis rubra, des érythèmes, certaines néoplasies et les angiokératomes,

**Les tuberculides au IV^e Congrès de dermatologie
(Paris, 1900).**

Pendant les quatre années qui séparèrent le congrès

de Londres de celui de Paris, les publications se firent de plus en plus nombreuses, touchant les affections qui constituaient le nouveau groupe des tuberculides. Il faut avouer que peu de questions en dermatologie pouvaient offrir autant d'intérêt, car la nouvelle conception de la tuberculose soulevait des problèmes de pathologie générale de la plus grande importance.

En Angleterre, en France, en Allemagne, en Italie, les dermatologistes étudièrent la clinique ou l'anatomie-pathologique des tuberculides, se livrèrent à des inoculations sur l'animal, expérimentèrent l'action de la tuberculine et la littérature de ce groupe dermatologique est devenue des plus riches. Enfin, en 1900, au congrès de Paris, les tuberculides furent parmi les questions mises à l'étude : elles furent l'objet de rapports très importants de Bœck, Colcott Fox, Campana, Riehl, Darier et d'une discussion à laquelle prirent part de nombreux auteurs. Cette discussion et ces rapports nous arrêteront assez longuement, car ils représentent un stade important dans l'étude des manifestations cutanées de la tuberculose et le travail d'ensemble le plus considérable qui leur ait été consacré. Parmi les rapports, nous nous bornerons, pour le moment, à analyser celui de Bœck et celui de Darier. Ceux de C. Fox, de Campana, de Riehl sont des plus intéressants, mais ils constituent plutôt une étude succincte de quelques-unes des affections rangées parmi les tuberculides, ou de la pathogénie de ces affections, qu'une étude d'ensemble des tuberculides. Seuls Bœck et Darier se sont placés au point de vue de la constitution du groupe qui nous occupe en ce moment.

Mais auparavant nous voudrions analyser un important travail d'ensemble de Leredde, paru dans la *Semaine Médicale*, six mois avant le Congrès (janvier 1900).

Les tuberculides, d'après Leredde. — Pour Leredde, un certain nombre des affections rangées en 1896 parmi les tuberculides sont de simples formes de tuberculose cutanée, dues à la présence du bacille dans la peau. Sous le nom de tuberculides, on doit comprendre seulement le lupus érythémateux et ses variétés, l'érythème induré de Bazin, l'acnitis et la folliclis. et très probablement l'angiokératome de Mibelli. Leredde distingue, parmi les affections classées dans les tuberculides par Hallopeau, Darier, Bœck, quatre groupes :

1° Le type lupus érythémateux : lésions n'ayant pas la structure classique des altérations tuberculeuses (lupus érythémateux sous toutes ses formes, érythème induré, angiokératome, certains cas d'acnitis). Ce groupe représente le type parfait des tuberculides: le bacille tuberculeux ne s'y rencontre pas, et les réactions histologiques sont tout à fait différentes de celles qu'il provoque normalement.

2° Le type lupus érythémato-tuberculeux, constitué par des lésions ayant la structure des précédentes, et présentant en certains points des follicules tuberculeux complets ou incomplets (acnitis et folliclis de Barthélemy, lupus érythémato-tuberculeux, l'érythème induré type Thibierge et Ravaut). L'existence de ce groupe de transition est un des principaux arguments en faveur de la théorie des tuberculides, car il montre qu'entre le lupus de Caze-
nave et le lupus de Willan, il existe une gamme ininter-

rompue de lésions ; aucune autre affection cutanée, en dehors des tuberculides, n'est ainsi reliée à la tuberculose de la peau par des formes intermédiaires. De même, d'après Leredde, des formes de transition s'observent dans le type érythème induré, qui tantôt ne présente aucune lésion tuberculeuse, tantôt contient des cellules géantes et donne une inoculation positive au cobaye.

3° Le type lichen scrofulosorum : ici les lésions ont la structure tuberculeuse, le follicule tuberculeux s'y trouve à l'état de complet développement (folliculites tuberculeuses, acné cachecticorum).

4° L'eczéma scrofulosorum de Bœck : les lésions de ce type ne présentent pas la structure tuberculeuse mais elles diffèrent aussi des lésions du premier groupe. Leur structure est celle d'autres lésions de la peau, absolument indépendantes de la tuberculose. Il s'agit d'affections n'ayant rien à voir avec la tuberculose, mais prenant un caractère particulier, du fait de leur développement chez des scrofuleux.

Seules, les affections du premier et du second groupe constituent donc les tuberculides.

Au cours de ce travail, Leredde insiste sur l'importance des lésions vasculaires dans les tuberculides. Elles lui paraissent constituer l'unité anatomo-pathologique de ce groupe et il propose de le désigner sous le nom d'*angiodermides tuberculeuses*. Le travail de Leredde contient encore des considérations des plus intéressantes sur la compréhension des manifestations cutanées tuberculeuses, et une analyse des différents types isolés, à laquelle nous aurons plusieurs fois recours, dans cette étude.

Examinons maintenant les importants rapports de Darier et de Bœck.

La question de la symétrie des tuberculides. — Après un rapide historique, Bœck fait un travail de synthèse, pour grouper les traits distinctifs communs à toutes les affections du groupe des tuberculides. Un de leurs caractères les plus importants lui paraît être leur symétrie, qui leur appartient en propre et les différencie des tuberculoses vraies ou tuberculides bacillaires d'Hallopeau ; elle constitue en outre, pour le dermatologiste de Christiania, un argument puissant en faveur de l'hypothèse d'une origine toxinique. Les tuberculoses cutanées en effet, qui sont le résultat d'une réaction directe et locale de la peau contre le bacille, ont en général une distribution irrégulière et accidentelle, qui est en rapport avec une invasion fortuite des microbes à telle ou telle place. Les tuberculides au contraire ont en général une distribution d'une symétrie très accentuée, et pour Boeck il semble alors nécessaire que la localisation soit réglée et déterminée par une action régulatrice centrale du système nerveux ; il croit même que les centres vaso-moteurs plus spécialement doivent être influencés par les toxines circulantes. La symétrie devient donc pour Bœck un caractère très important des tuberculides. « Les troubles de la circulation et l'intoxication continue par les toxines circulantes, semblent ainsi déjà suffisants en eux-mêmes pour expliquer les altérations des tissus qu'on rencontre dans les toxituberculides. »

Cette conception de l'éminent dermatologiste de Christiania nous paraît dangereuse, parce qu'elle repose sur une

hypothèse que l'expérience n'a pas encore démontrée : l'origine toxinique des tuberculides, et qu'elle suscite en outre une nouvelle hypothèse : l'intervention du système nerveux dans la localisation des lésions, hypothèse peu vraisemblable. Depuis longtemps déjà, Leredde s'est élevé, à juste raison, contre l'influence prépondérante qui a été longtemps accordée au système nerveux en dermatologie. Avec lui, nous pensons que l'intervention du système nerveux dans la pathogénie des dermatoses a été considérablement exagérée et qu'elle a souvent été invoquée sans preuves suffisantes. En fait, toute dermatose qui tend, pour peu que ce soit, à se généraliser, tend en même temps à la symétrie, car elle affectera de préférence des régions symétriques de la peau, régions identiques dans leur structure et leurs fonctions. Pour juger définitivement cette question de la symétrie, rappelons après M. Besnier que la plus symétrique des maladies de peau est certainement la gale, maladie parasitaire, et avec Leredde que la dermatose dont l'origine nerveuse paraît la plus certaine est le zona, maladie asymétrique et unilatérale.

La théorie de Boeck ne correspond pas non plus exactement à la réalité ; la symétrie des lésions n'est pas « la règle » : tout au plus peut-on dire qu'elle correspond à la majorité des cas. Mais nous avons pu observer par exemple de l'érythème induré sur une seule jambe. Prenons également le lupus érythémateux ; il se développe fréquemment en effet d'une façon symétrique sur la figure, affectant alors soit le type en papillon, soit le type de lésions se correspondant de chaque côté du visage ; mais dans combien de cas aussi se développe-t-il d'un seul côté !

Passant à l'étude des lésions, Bœck constate l'uniformité frappante qu'elles offrent dans toutes les tuberculides : il confirme l'importance et la constance des lésions vasculaires et périvasculaires, signalées déjà plus spécialement par Leredde. Mais il va plus loin : grâce aux altérations vasculaires et aux troubles de la circulation qu'elles engendrent, il admet que des bacilles circulant dans le sang puissent s'arrêter à leur niveau : et il n'y aurait alors « rien d'étonnant à ce que l'on trouve, dans les lésions des toxituberculides, quelques rares bacilles, ou à ce qu'une toxituberculide, par la prolifération et le développement de ces bacilles aberrants, se transforme en une vraie bacillo-tuberculide (tuberculose cutanée) ».

Le point capital, déclare-t-il, « qui détermine la limite entre les formes communes de la tuberculose cutanée et les tuberculides devient ainsi, d'après mon opinion, non pas la présence ou l'absence de quelques bacilles ou de quelques cellules géantes typiques dans les lésions, mais au contraire le mode de début primordial de l'affection entière et de sa distribution sur la peau. Mais ici, comme je viens de le démontrer, une symétrie, parfaite ou non, est le meilleur indicateur. En outre, comme je l'ai déjà dit, les tuberculides sont caractérisées par leur nature éruptive, et, à un certain degré, par leur tendance ordinaire à une involution spontanée, à moins que le processus, comme par exemple dans les formes fixes du lupus érythémateux, ne soit maintenu en activité par des poussées toujours répétées ».

Classification de Bœck. — Quant aux formes princi-

pales de tuberculides, Bœck les classe en deux groupes :

1° Le premier groupe est constitué par les formes généralement périfolliculaires et superficielles, dans une partie desquelles on a déjà trouvé le bacille. Ce sont : le lichen scrofulosorum, l'eczéma et le pityriasis des scrofuleux — la tuberculide périfolliculaire papulo-squameuse et les tuberculides périfolliculaires pustuleuses.

2° Le second groupe comprend les formes généralement non périfolliculaires, qui sont, comme règle, plus profondément localisées dans la peau, et dans lesquelles, jusqu'à présent, on n'a pu constater l'existence du bacille. Ce sont : le lupus érythémateux, le lupus pernio, les tuberculides papulo-nécrotiques, les tuberculides nodulaires.

Bœck propose de désigner ces deux groupes sous le nom « d'exanthèmes de la tuberculose ». Enfin, dans un troisième groupe il fait rentrer quelques affections, à l'égard desquelles il est impossible, pour lui, de décider si elles appartiennent strictement ou non aux tuberculides : l'acnitis, l'érythème induré de Bazin, des formes angioma-teuses, des formes érythémateuses exfoliatrices, le pityriasis rubra grave, de Hebra.

Le rapport de Bœck se termine par une courte description de chacun de ces différents types.

La constitution du groupe des tuberculides d'après Darier. — Darier, après avoir rappelé que le terme de « tuberculides », lorsqu'il le proposa, représentait pour lui des éruptions, objectivement diverses, mais présentant comme caractère constant leur relation avec la tuberculose, et de pathogénie inconnue, et après avoir protesté

contre le terme de toxi-tuberculides d'Hallopeau, entreprit de définir nettement la constitution du groupe. Pour lui, le groupe des tuberculides est fondé sur les données cliniques et scientifiques suivantes :

« 1° Les tuberculides cutanées sont cliniquement en rapport avec la tuberculose, en ce sens qu'on ne les observe que sur des malades infectés par le bacille de Koch ou légitimement suspects de l'être ;

« 2° Dans l'immense majorité des cas, les lésions des tuberculides ne renferment pas le bacille de Koch, que, sauf exception, les recherches bactériologiques et expérimentales sont incapables d'y mettre en évidence. »

La notion des toxines n'a donc pas à intervenir dans la définition des tuberculides : elle est intéressante au point de vue de la pathogénie de ces dermatoses, mais elle n'est liée en rien à l'existence du groupe.

Correspondent à la définition ci-dessus et doivent donc être classées parmi les tuberculides, les affections suivantes :

Les tuberculides papulo-nécrotiques (lupus érythémateux disséminé, acnitis, folliculis, toxi-tuberculides papulo-nécrotiques).

L'acné cachecticorum de Hebra-Kaposi, que Darier considère comme une simple variété du type papulo-nécrotique.

Le lichen scrofulosorum.

Le lupus érythémateux en placards.

Le lupus pernio.

Le lupus érythémateux disséminé, exanthématoïde.

L'érythème induré de Bazin.

Certaines éruptions désignées sous le nom de *lupus tuberculeux disséminé éruptif* ou *lupus tuberculeux en placards multiples* et dont Darier forme un groupe qu'il appelle : *tuberculide lupoïde disséminée* (et qui est identique à la *sarkoïde multiple bénigne*, de Bœck).

Enfin, d'autres affections sont peut-être des *tuberculides* :

Le *pityriasis rubra de Hebra*.

L'*eczéma scrofulosorum* de Bœck.

L'*angiokératome* de Mibelli.

Certaines formes d'engelures et l'*acro-asphyxie*.

Darier considère comme prématurée toute tentative d'introduire une classification précise dans le groupe des tuberculides. Il se borne à noter la parenté étroite qui relie les diverses affections de ce groupe, la coexistence fréquente ou la succession significative de plusieurs de ces formes éruptives chez le même malade, l'existence de formes de passage entre deux types voisins.

Mais si la clinique est impuissante à établir une classification des tuberculides, l'anatomie pathologique permet de les diviser en deux grands groupes, qui forment deux types différents, que Darier désigne par A et B.

Dans le type A (*lichen scrofulosorum*, *acnitis*, *lupus nodulaire disséminé*) « il y a néoformation dans le derme d'un tissu tuberculeux caractéristique, avec cellules géantes nombreuses, cellules épithélioïdes, cellules lymphoïdes ou plasmiques, ces éléments affectant un groupement nodulaire ou folliculaire et ayant une tendance à subir la dégénérescence caséuse.

« Dans le type B (*lupus érythémateux* et ses variétés,

folliculis, etc...), les lésions consistent essentiellement en traînées de cellules rondes ou plasmatiques autour des vaisseaux du derme ; en altérations vasculaires avec dilatation ou au contraire rétrécissement et même oblitération de leur calibre : en production de foyers nécrotiques plus ou moins étendus. »

Ces deux types de lésions peuvent s'associer dans certains cas et d'autre part il existe entre eux des formes de passage, toute une série continue qui les réunit par degrés insensibles.

La conception du groupe des tuberculides nous apparaît ainsi élargie, à travers les rapports de Boeck et de Darier. Ils admettent tous deux en effet la possibilité de trouver, dans les lésions anatomo-pathologiques de certaines de ces affections, soit une structure franchement tuberculeuse, soit même la présence de bacilles, et il nous semble que, dans ce cas, la limite de la tuberculose cutanée franche, suivant l'ancienne conception, et des tuberculides, devient bien artificielle. Le groupe des tuberculides peut alors apparaître mal délimité, puisque d'une part il s'étend jusqu'à des lésions de nature tuberculeuse franche, et que d'autre part certains auteurs lui incorporent des affections qui n'ont aucune structure ni tuberculeuse, ni se rapprochant de celles des tuberculides typiques, mais qui sont simplement des affections se développant sur un terrain exposé à la végétation bacillaire, telles que l'eczéma scrofulosorum.

Les différentes valeurs du mot : tuberculides. — Si M. Darier, obligé de faire la part de l'imprécision encore

régnante dans la compréhension des tuberculides. essaie dans son remarquable rapport de délimiter nettement le groupe, d'indiquer avec soin les faits qui sont déjà acquis, la discussion qui suivit témoigne de divergences considérables dans la façon de concevoir les tuberculides et montre que l'entente est loin d'être faite. Barthélemy repousse le mot « tuberculides » qu'il trouve mauvais et plus propre à semer la confusion qu'à faire la clarté; à peu près seul de son avis, il dénie toute origine tuberculeuse aux dermatoses qu'il a isolées et décrites : l'acnitis et la folliculis. Audry demande des éclaircissements sur la signification exacte du terme tuberculide; il le verrait volontiers restreint à un type défini, tel que celui des tuberculides papulo-nécrotiques : si on lui donne un sens étendu, il demande où sera la limite entre les tuberculoses et les tuberculides et si d'autre part on doit considérer comme tuberculides toutes lésions survenant avec élection sur le tégument des tuberculeux, alors que ces dernières dépendent de causes immédiates, absolument distinctes du bacille.

Pour Jadassohn, le terme de tuberculides ne peut être maintenu que par ceux qui croient encore à la nature toxidermique de ces maladies, ou à condition de prouver qu'elles ont une pathogénie spéciale et différente de celle des autres affections tuberculeuses de la peau. Mais il ne pense pas que ce soit là le cas. Pour lui, il ne faudra désormais plus parler de tuberculides, mais rechercher la tuberculose avec toutes nos méthodes et dans toutes les périodes de la maladie.

Hallopeau exposa de nouveau la théorie que nous

avons déjà résumée, c'est-à-dire qu'on doit entendre par tuberculides toutes les manifestations cutanées de la tuberculose et y distinguer deux groupes : les tuberculides bacillaires et les toxi-tuberculides (tuberculides de Darier). La présence, quelquefois constatée, de lésions tuberculeuses, voire même de bacilles, chez ces dernières, ne lui paraît pas en contradiction avec sa théorie ; il fait remarquer combien ces faits ont été rarement observés ; d'autre part, étant donné que les sujets atteints de ces dermatoses sont des tuberculeux ayant souvent, en différentes parties de leur organisme, des foyers de tuberculose en activité, il lui paraît facile à concevoir que des bacilles en émanent, passent dans la circulation et pénètrent avec le courant sanguin dans le tissu de ces tuberculides.

Nous ne voudrions pas quitter cette courte revue des diverses interprétations du groupe des tuberculides, sans signaler, pour nous élever fortement contre cette tentative, un essai de groupement de ces affections sous le nom de lésions cutanées paratuberculeuses ou paratuberculose. Ce terme proposé par Johnson, au cours d'un travail intéressant, a été repris en France par Gastou et Paris, dans une communication à la Société de dermatologie. Il nous paraît aussi impropre, aussi peu clair, que celui de parasymphilis. Celui-ci, après avoir aidé à comprendre la pathogénie du tabes en indiquant son origine syphilitique, a pesé trop lourdement sur l'interprétation de la véritable nature de cette affection, pour que nous ne protestions pas contre tout essai d'introduire des paratuberculeuses dans l'interprétation de la tuberculose cutanée. L'esprit conçoit aussi difficilement une lésion d'origine

tuberculeuse sans être tuberculeuse, qu'une lésion d'origine syphilitique qui ne serait pas syphilitique. La question des tuberculides est déjà assez difficile par elle-même, sans la compliquer par l'emploi de termes particulièrement propres à introduire la confusion.

La question des tuberculides en 1903.

S'est-il produit depuis 1900 quelque fait capital ? Quelque notion nouvelle a-t-elle permis d'élucider la pathogénie des tuberculides ? Il n'en est malheureusement rien : la question reste encore fort complexe et bien des points demeurent imprécis. Ce que nous voudrions indiquer maintenant est donc loin d'être un résultat ; nous croyons cependant que, si quelque interprétation définitive ne peut être proposée, on peut du moins faire état des tendances qui se dégagent des travaux récents, noter un stade nouveau dans la compréhension de la tuberculose cutanée.

La compréhension actuelle du groupe des tuberculides. — Si nous essayons de schématiser l'état actuel des tuberculides, nous pouvons résumer la question de la façon suivante : il existe tout un groupe de dermatoses, présentant au point de vue clinique un aspect qui peut varier, mais affectant de préférence un type nodulaire, ou un type en plaques érythémateuses. De ces dermatoses, les unes, celles du type nodulaire, évoluent vers la résorption, disparaissant tantôt sans laisser de stigmates, tantôt après élimination au dehors, en laissant une cicatrice ;

les autres, celles du type en plaques érythémateuses, évoluent en général vers une sclérose atrophique, cicatricielle. Ces dermatoses affectent les rapports les plus étroits avec la tuberculose : les sujets qui en sont atteints ont présenté, ou présentent en même temps que leurs lésions cutanées, des lésions de tuberculose viscérale, ganglionnaire, osseuse, séreuse, etc... ; parfois ils semblent absolument indemnes de toute atteinte du bacille de Koch, mais si l'on peut les suivre quelques années, on les voit dans la suite faire une pleurésie, ou toute autre localisation bacillaire : on retrouve souvent dans leurs antécédents héréditaires de la tuberculose familiale : en un mot, on trouve autour d'eux ce qu'on peut appeler une atmosphère tuberculeuse.

Ces dermatoses forment une groupe naturel : entre deux types voisins, il existe des formes de passage ; dans les tuberculides papulo-nécrotiques, on observe parfois des taches rouges violacées n'aboutissant pas à la nécrose en foyer, mais présentant une atrophie centrale qui établissent des relations avec le lupus pernio et le lupus érythémateux.

L'acné cachecticorum ne semble guère être autre chose qu'une variété de ces tuberculides papulo-nécrotiques, à localisations plus marquées au niveau du tronc et des membres inférieurs. L'érythème induré a une structure et une évolution analogue aux autres tuberculides nodulaires : il n'en diffère cliniquement que par ses nodules notablement plus gros que les éléments ordinaires, et cela, selon toute vraisemblance, uniquement à cause de son siège de prédilection sur les membres infé-

rieures. Le lichen scrofulosorum se rattache aux tuberculides nodulaires ou pustuleuses par des éléments papulo-squameux (tuberculide périfolliculaire papulo-squameuse de Bœck). Enfin les transitions ne manquent pas entre les tuberculides et les tuberculoses vraies : entre le lupus de Cazenave et le lupus de Willan, nous trouvons le lupus érythémato-tuberculeux, dont on peut observer les formes suivantes (Leredde) : « lupus érythémateux typique cliniquement, érythémato-tuberculeux, mixte, microscopiquement : lupus érythémato-tuberculeux, mixte, cliniquement et microscopiquement ; lupus tuberculeux, où l'on peut même constater certaines lésions histologiques du lupus érythémateux. »

Ainsi donc de tuberculide à tuberculide, et de tuberculides à tuberculose existent toutes les transitions, toutes les formes de passage.

La parenté étroite des tuberculides est encore affirmée par la coexistence fréquente ou la succession de deux ou plusieurs d'entre elles chez le même sujet.

Enfin, au point de vue histologique et bactériologique, on admet que, sauf des exceptions extrêmement rares, les tuberculides ne présentent jamais les lésions de la tuberculose ordinaire : cellules géantes et cellules épithélioïdes, et qu'elles ne renferment pas de bacilles. Elles ne réagissent pas à la tuberculine et ne tuberculisent pas le cobaye. Tel est l'état, en quelque sorte « officiel » de la question.

Et cependant, on tend de plus en plus à rompre les limites de ce cadre que l'on trouve trop étroit.

Il est intéressant, en particulier, de noter, à côté de

l'évolution du groupe des tuberculides, l'évolution qui s'est produite parallèlement dans l'esprit de dermatologistes éminents, qui s'étaient montrés plutôt réfractaires, au début, à une conception, qu'ils jugeaient trop large, de la tuberculose. On sait combien l'école allemande a combattu d'abord la théorie des tuberculides. Or, l'on peut voir aujourd'hui des maîtres, de la valeur de Neisser, compter parmi les partisans les plus avancés d'une compréhension de la tuberculose de plus en plus étendue. Pour le maître de l'école de Breslau, la majeure partie des affections classées parmi les tuberculides devraient être rangées parmi les tuberculoses franches. De même, pour Jadassohn, l'éminent dermatologiste de Berne, dans tous les cas où l'on parle aujourd'hui de tuberculides, nous devons rechercher la tuberculose sous toutes ses formes, et avec tous nos moyens d'investigation.

C'est qu'avec des recherches de plus en plus attentives et minutieuses, l'anatomie-pathologique vient de plus en plus confirmer les conceptions de la clinique. Un exemple particulièrement frappant à ce point de vue nous est fourni par l'érythème induré. Au milieu du siècle dernier, Bazin proclame, au nom seul de la clinique, sa nature scrofuleuse ; puis on oublie la description de Bazin et les lésions de l'érythème induré sont considérées pendant de longues années comme de nature syphilitique ; la théorie des tuberculides fait reprendre, sous un jour nouveau, l'étude de cette dermatose et en fait faire un type de tuberculide ; or, deux ans plus tard, Thibierge et Ravant démontrent sa nature tuberculeuse par la constatation de cellules géantes et l'inoculation positive au

cobaye. Cet exemple nous paraît très démonstratif ; il permet d'espérer que ce qui s'est passé pour l'érythème induré pourra se renouveler pour les autres tuberculides et que c'est dans ce sens que nous devons nous orienter.

Bibliographie.

Comptes rendus du III^e Congrès international de dermatologie. Londres, 1896.

Comptes rendus du IV^e Congrès international de dermatologie. Paris, 1900.

HALLOPEAU. — Sur les rapports de la tuberculose avec les maladies de la peau autres que le lupus vulgaire. *Revue de la tuberculose*, 1897.

DARIER. — Des tuberculides. *Bulletin de la Société de dermatologie*, 1896.

HALLOPEAU. — Étude de malades à l'hôpital Saint-Louis au point de vue des toxi-tuberculides. *IV^e Congrès pour l'étude de la tuberculose*.

HALLOPEAU et LEREDDE. — Traité pratique de dermatologie. Paris, Baillière.

LEREDDE. — Les tuberculides. *Semaine médicale*, janvier 1900.

HAURY. — Essai sur les tuberculides cutanées. *Thèse*, Paris, 1899.

LEREDDE. — Le rôle du système nerveux dans la pathogénie des dermatoses. *Archives générales de médecine*, 1899.

BAZIN. — Leçon sur la scrofule. Paris, 1861.

NEISSER. — Die tuberkulösen Hauterkrankungen. *Deutsche klinik* de von Leyden, Band X, 2 Abth, 1902.

NEISSER et JADASSOHN. — Hautkrankheiten, in *Handbuch der praktischen Medizin*, de Ebstein und Schwalbe, t. III, 1902.

PETERSEN. — Die tuberkulösen Erkrankungen der Haut. *Berlin. klin. Wochenschr.*, avril 1902.

ZOLLIKOFER. — Ueber die Haut-Tuberculide. *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, mars et avril 1902.

JOHNSTON. — The cutaneous paratuberculosés. *Philadelphia monthly medic. Journal*, février 1899.

BOECK. — Die exantheme der Tuberculose. *Archiv f. Dermat. und Syph.*, 1898, t. XLII.

CHAPITRE II

LA CONCEPTION ACTUELLE DE LA TUBERCULOSE LES TUBERCULOSES CUTANÉES ATYPIQUES

Nous venons d'exposer assez longuement les différentes phases qu'a successivement présentées la question des tuberculides et la façon dont on la comprend en général à l'heure actuelle. Nous voudrions maintenant exposer notre compréhension personnelle du sujet, examiner quelle est la conception que l'on peut se faire aujourd'hui de la tuberculose en général et voir si ces données, appliquées à la question de la tuberculose cutanée, ne nous permettraient pas de la mieux interpréter et d'en avoir une intelligence plus claire.

Mais, dès l'abord, un examen attentif de l'anatomie pathologique des tuberculides nous permettra de mieux comprendre les données du problème qui nous occupe.

L'anatomie pathologique générale des tuberculides.
— Comment peut-on comprendre les lésions histologiques ordinaires des tuberculides? Elles consistent essentiellement en altérations vasculaires, pouvant être représentées tantôt par la dilatation, tantôt par la diminution de calibre ou l'oblitération complète des vaisseaux; en infiltration de

lymphocytes ou de plasmazellen, formant des traînées le long des vaisseaux : en infiltration plus ou moins discrète de cellules rondes, pouvant former par places des amas plus ou moins considérables dans le derme. Nous ne saurions trop insister sur la valeur des altérations vasculaires ; on les retrouve toujours, dans tous les examens microscopiques de toutes les tuberculides. Leur importance est d'autant plus grande qu'elles siègent plus profondément. Leredde est, croyons-nous, le premier à avoir attiré l'attention sur ces lésions vasculaires profondes. Nous avons déjà dit qu'elles constituent pour lui l'unité anatomo pathologique des tuberculides, qui seraient ainsi, suivant son expression, des angiodermites tuberculeuses. Ce terme a le mérite d'exprimer à la fois la lésion histologique primordiale et le mode de production des altérations cutanées. Ces altérations vasculaires exigent, pour pouvoir être constatées, des biopsies faites profondément, jusqu'à l'hypoderme. C'est la façon, souvent trop superficielle, de faire les biopsies, qui a empêché de les constater plus souvent et qui a donné aux examens histologiques des tuberculides des résultats parfois contradictoires en apparence, les auteurs ayant étudié des étages différents de la peau. Nous pensons, pour notre compte, que, dans bien des cas, des lésions vasculaires profondes ont dû passer inaperçues et que l'étude complète des tuberculides devrait être reprise, en pratiquant des biopsies jusqu'à l'hypoderme. Nous admettons qu'à la base de toutes ou presque toutes les tuberculides il y a une phlébite profonde. Les lésions vasculaires doivent donc être considérées comme primordiales dans l'anatomie pathologique des tuberculides.

Elles en sont comme la signature, elles y sont constantes.

Nous avons vu qu'on admet, en certains cas, la présence de lésions tuberculeuses dans les tuberculides, M. Darier a composé, avec ces cas, un de ses deux types anatomo-pathologiques. « Dans le type A, dit-il, il y a néoformation dans le derme d'un tissu tuberculeux caractéristique, avec cellules géantes nombreuses, cellules épithélioïdes, cellules lymphoïdes ou plasmatiques, ces éléments affectant un groupement nodulaire ou folliculaire et ayant une tendance à subir la dégénérescence caséuse. » Boeck et Hallopeau admettent également dans certains cas, nous le savons, la présence de cellules géantes typiques, voire même de bacilles. De même, dans le groupe de transition établi par Leredde entre les tuberculoses vraies et les tuberculides, on peut trouver des cellules géantes complètes, avec couronne de cellules épithélioïdes, infiltration périphérique de plasmazellen ou de lymphocytes. On admet en conséquence que dans ces cas les lésions puissent réagir à la tuberculine et qu'on puisse obtenir une inoculation tuberculeuse expérimentale chez le cobaye.

Il suffit maintenant de réfléchir un instant, pour reconnaître que nous venons d'énumérer successivement tous les signes des lésions tuberculeuses les plus franches : présence de cellules géantes, de cellules lymphoïdes et de plasmazellen, réaction à la tuberculine, inoculation tuberculeuse expérimentale du cobaye, que faut-il de plus pour assurer la nature tuberculeuse d'une lésion ? On se demande alors comment et pourquoi des lésions semblables ne sont pas rattachées franchement à la tuberculose et sont encore classées comme tuberculides. A cela nous

voyons deux raisons que nous voudrions essayer de réfuter :

1° Un argument clinique : le groupe des tuberculides est constitué, pourrait-on nous objecter, non seulement par sa structure anatomo-pathologique, mais encore et surtout par le mode de début, par le mode d'évolution de l'affection, par sa distribution sur la peau et sur tous ces points il diffère considérablement de la tuberculose franche ;

2° Un argument anatomo-pathologique : dans les quelques affections du groupe des tuberculides où l'on a trouvé des cellules géantes, ou avec lesquelles on a pu obtenir une inoculation positive, on n'est arrivé à ces résultats que dans quelques cas très rares, alors que les mêmes recherches pratiquées dans un beaucoup plus grand nombre de cas étaient restées négatives. Au contraire, dans les tuberculoses cutanées franches, la présence de cellules géantes et l'inoculation positive sont constantes.

La compréhension actuelle de la tuberculose en général. Existence de lésions tuberculeuses franches spontanément curables. — L'argument clinique a surtout l'appui de la haute autorité de Bœck. Rappelons que pour lui « le point capital qui détermine la limite entre les formes communes de la tuberculose cutanée et les tuberculides, devient ainsi, non pas la présence ou l'absence de quelques bacilles ou de quelques cellules géantes typiques dans les lésions, mais au contraire le mode de début primordial de l'affection entière et sa distribution sur la peau. Mais ici, une symétrie, parfaite ou non, est le meilleur indicateur. En outre, les tuberculides sont encore

caractérisées par leur nature éruptive et par leur tendance ordinaire à une involution spontanée, à moins que le processus, comme par exemple dans les formes fixes du lupus érythémateux, ne soit maintenu en activité par des poussées toujours répétées ». Nous avons déjà dit ce que nous pensions de la symétrie des tuberculides : c'est à notre avis un argument sur lequel il est impossible d'appuyer aujourd'hui une théorie. Reste l'évolution spéciale de la plupart des tuberculides, à l'exception du lupus érythémateux : leur nature éruptive, leur apparition par éléments multiples et disséminés, leur résorption souvent complète, sans laisser de cicatrices.

Il y a là évidemment un processus qui diffère, d'une façon notable, de celui des lésions qu'on a tenues seules pour tuberculeuses jusqu'à aujourd'hui. Mais il n'a jamais été établi comme un dogme que toutes les lésions tuberculeuses devraient toujours être calquées sur le type de ces dernières. L'article de foi n'existe pas en médecine, pas plus que dans les autres sciences, où la vérité d'aujourd'hui est l'erreur de demain. Lorsque les histologistes ont tracé le schéma anatomo-pathologique de la tuberculose, avec le follicule tuberculeux, ses parties caséifiées, ses cellules géantes et épithélioïdes, son infiltration de lymphocytes ou de cellules plasmatiques, ils l'ont établi d'après les pièces qui représentaient à l'époque toute la tuberculose. De même, lorsque les cliniciens ont décrit les différentes formes de tuberculose cutanée, ils l'ont fait, imbus de cette théorie que la tuberculose est une maladie toujours stable, fixée au point qu'elle a envahi, évoluant d'une manière fatale vers la caséification, la nécrose

et aboutissant soit à l'ulcération, soit à une cicatrice scléreuse. Mais en même temps qu'on agrandissait le cadre de la tuberculose cutanée, la compréhension de la tuberculose viscérale s'est également élargie.

On connaît aujourd'hui les tuberculoses des séreuses, fugaces, passagères, transitoires, pouvant disparaître sans laisser de traces. Dans ces deux dernières années on a publié plusieurs observations de méningites tuberculeuses guéries ; pour quelques-unes d'entre elles les cas sont d'autant plus probants qu'on avait trouvé de la lymphocytose, et même parfois le bacille de Koch, dans le liquide céphalo-rachidien.

Bouclier, dans sa thèse récente sur les méningopathies d'origine tuberculeuse, a fait un relevé des observations publiées de différents côtés, et a pu arriver à réunir 60 cas environ de méningites tuberculeuses guéries. On est donc amené à concevoir l'existence de méningites tuberculeuses sans tubercules, sans les granulations classiques, sans lésions caséuses, mais, au contraire, de nature congestives, inflammatoires et passagères. Dans un cas des plus remarquables présenté par Besançon à la *Société médicale des hôpitaux*, une malade avait infecté successivement toutes ses séreuses ; la tuberculose les avait en quelque sorte léchées les unes après les autres : pleurésie tuberculeuse pour commencer, puis rhumatisme tuberculeux de plusieurs articulations, péritonite tuberculeuse ; tous ces accidents avaient successivement guéri, lorsque la malade fit de la méningite tuberculeuse et succomba à cette dernière localisation. Une observation de Galliard est aussi intéressante : il s'agit d'une jeune fille de 17 ans qui présenta

successivement les symptômes d'une péritonite tuberculeuse granulique, un foyer de pleuro-pneumonie gauche, des accidents méningés, du rhumatisme tuberculeux des mains et des genoux, de la pleurésie diaphragmatique.

Rappelons également la place importante prise en pathologie, dans ces deux ou trois dernières années, par le rhumatisme tuberculeux, à la suite des travaux de Poncet et de l'école lyonnaise, et de Besançon, Griffon, Jousset, à Paris. Le rhumatisme tuberculeux peut affecter plusieurs formes : tantôt douleurs vagues, spontanées ou provoquées, simples arthralgies : tantôt arthrites aiguës ou subaiguës, offrant les caractères d'un rhumatisme franc : tantôt enfin arthropathies chroniques, noueuses, déformantes. A part cette dernière catégorie, toutes les autres formes, même celle de l'arthrite aiguë, peuvent guérir complètement et ne laisser aucune trace de leur passage dans les articulations envahies. Ces manifestations articulaires peuvent se montrer à plusieurs reprises, par poussées successives, séparées par des périodes de calme complet. Nous pouvons retrouver là une analogie avec le mode d'évolution par poussées, des éruptions de tuberculides.

Or, fait curieux, que Leredde a déjà signalé et que nous avons constaté nous-même, il est fréquent, au cours des tuberculides, d'observer de l'arthrite d'une articulation ou des phénomènes polyarticulaires associés.

Haury, dans sa thèse sur les tuberculides, a trouvé quinze fois, sur cinquante observations, des douleurs articulaires passées ou actuelles, chez des malades nettement tuberculeux.

Bouveyron, chef de clinique du D^r Gailleton, a noté douze fois du rhumatisme articulaire chez trente malades atteints de lupus ou de tuberculoses cutanées. Cette fréquence des accidents articulaires permet de penser qu'il ne s'agit pas là d'une coïncidence fortuite.

La guérison complète du rhumatisme tuberculeux est d'autant plus remarquable qu'on a pu y trouver le bacille de Koch, comme dans une observation de Griffon : Il s'agissait d'un malade qui présentait une hydarthrose du genou et une arthrite du cou-de-pied, localisations ultimes d'une atteinte articulaire presque généralisée. Le contenu du genou fut ponctionné et donna à l'examen les résultats suivants : le cytodagnostic révéla une formule leucocytaire caractéristique, une lymphocytose rappelant celle qui caractérise la pleurésie franche séro-fibrineuse. Du liquide fut inoculé à quatre cobayes. Deux furent sacrifiés au bout de trois mois et de quatre mois et demi : ils présentaient des lésions de tuberculose expérimentale évidentes, du poumon et de la rate, mais très discrètes et symptomatiques d'une virulence très atténuée du bacille de Koch inoculé. Moins d'un mois après la ponction, le liquide de l'hydarthrose était résorbé, et deux mois plus tard la guérison était complète.

Comme pour la méningite tuberculeuse, nous trouvons donc des lésions articulaires tuberculeuses, pouvant contenir le bacille de Koch, et cependant évoluant assez rapidement vers la guérison spontanée, sans stigmates (du moins en apparence) de l'infection bacillaire.

Enfin, sous le nom de rhumatisme tuberculeux abarticulaire, Poncet réunit l'ensemble des lésions que la tuber-

culose atténuée produit en dehors des articulations. Il comprend du rhumatisme cardiaque tuberculeux, ou cardiopathies inflammatoires d'origine bacillaire, — des troubles nerveux périphériques, névralgies, névrites, — des phénomènes oculaires, signalés par Dor : iritis, névrites des nerfs moteurs et sensitifs, névrites du nerf optique pouvant aboutir à une atrophie semblable à l'atrophie tabétique.

La tuberculose considérée comme maladie infectieuse. — Nous voilà loin du cadre et de la compréhension de la tuberculose classique d'il y a quelques années. Nous venons de signaler rapidement toute une série de lésions, qui, toutes d'origine tuberculeuse (chez quelques-unes desquelles on a pu déceler le bacille de Koch), évoluent spontanément vers la guérison, se résorbent, disparaissent sans laisser de traces. Que devient au milieu de tout cela le schéma anatomo-pathologique de la tuberculose ? Que devient aussi le schéma clinique de son évolution ? Il convient donc que nous modifiions complètement notre conception de la tuberculose et que nous l'assimilions de plus en plus aux autres maladies infectieuses. Ce qui nous gêne le plus dans cette évolution, c'est le facteur de gravité que la tuberculose nous paraît toujours comporter avec elle. Dans sa forme peut-être la plus courante et la plus grave, la forme pulmonaire, elle est, en effet, la plupart du temps, une maladie qui tue. Mais il importe de savoir qu'à côté de ses formes mortelles, la tuberculose affecte très souvent aussi des formes curables, qu'elle est capable de produire des lésions évoluant spontanément

vers la guérison, disparaissant d'elles-mêmes. Elle est capable, au même titre que les autres maladies infectieuses, de donner naissance à des processus uniquement inflammatoires, éphémères : elle peut affecter des localisations passagères sur les articulations, sur toutes les séreuses de l'organisme, plèvre, péritoine, méninges, sur l'endocarde, au même titre que les infections blennorrhagique, scarlatiniforme, typhique.

On peut esquisser actuellement un parallèle des plus intéressants entre la tuberculose et la syphilis : comme les manifestations de cette dernière infection, celles de la tuberculose nous apparaissent polymorphes, protéiformes ; la comparaison est d'autant plus intéressante que les deux affections ont une prédilection particulière pour les téguments. Or à côté des lésions stables, fixées, de la syphilis, évoluant vers un processus gommeux ou vers la sclérose, ne connaissons-nous pas toutes les lésions passagères, roséole, syphilides secondaires, par lesquelles elle se traduit à la peau ? Nous connaissons aussi les altérations transitoires qu'elle imprime aux séreuses, telles que les arthrites de la période secondaire, aux muqueuses telles que l'ictère secondaire traduisant la localisation du contagion spécifique à la muqueuse du tube digestif et des voies biliaires. Nous venons de voir que la tuberculose des séreuses et des organes internes pouvait se comporter de la même façon. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour le revêtement cutané ?

Ce qui nous gêne, dans notre compréhension de la tuberculose cutanée, c'est la notion de l'inoculation externe. Oui, sans doute, dans un certain nombre de cas

de lupus, dans le tubercule anatomique, il s'agit vraiment d'une inoculation accidentelle, d'une effraction de notre revêtement cutané ou muqueux, lésé en un point quelconque, par le bacille de Koch : la fréquence du lupus tuberculeux au visage, en particulier, s'explique pour nous par des lésions initiales, minimales, de la muqueuse nasale, qui passent inaperçues. Mais dans bien des cas il s'agit de véritables décharges à la peau de bacilles tuberculeux provenant d'un organe interne, et charriés au tégument par le courant sanguin. La preuve en est fournie par les cas de lupus disséminés, en particulier par ceux qui surviennent, par exemple, chez des enfants, à la suite d'une rougeole. De même, pour les tuberculides, leur nature éruptive, leur apparition par éléments disséminés, montre bien qu'il s'agit d'un élément infectieux transporté par les vaisseaux. Comme dans la syphilis, il s'agit donc souvent dans la tuberculose d'un agent infectieux d'origine interne, transporté aux téguments, et y produisant tantôt des lésions stables, durables, destructives, tantôt des lésions transitoires et passagères. Ce parallèle entre la tuberculose et la syphilis pourrait être poursuivi et nous montrer de nouvelles analogies, telles par exemple que la polymortalité infantile, qui est si fréquente dans la descendance des syphilitiques et que nous avons observée aussi dans bien des observations de tuberculides. Mais tout ceci nous mènerait trop loin et nous devons retourner au point particulier qui nous occupe actuellement.

Pour résumer tout ce qui précède, de quel droit refuserait-on maintenant de faire rentrer dans le cadre des tuberculoses cutanées des lésions qui, cliniquement et

histologiquement, ressortissent à la tuberculose, pour la seule raison qu'elles affectent une allure éruptive et qu'elles sont susceptibles de disparaître spontanément ?

Notre conception actuelle de la tuberculose englobe de semblables formes de tuberculides et nous croyons qu'au nom de la clinique on n'a plus le droit d'en faire un groupe séparé.

Valeur à attribuer aux inoculations et à la recherche des bacilles dans la tuberculose cutanée. — Examinons maintenant l'argument anatomo-pathologique : dans les quelques formes de tuberculides où l'on a pu trouver des cellules géantes ou qui ont pu donner une inoculation positive, ces résultats n'ont été qu'une exception, qui s'opposait aux résultats négatifs ordinaires de la plupart de ces recherches ; dans les tuberculoses cutanées franches, au contraire, cellules géantes, bacilles et inoculation positive sont constantes. — Telle est du moins l'opinion courante. On peut pourtant se demander jusqu'à quel point elle répond à l'absolue réalité.

La nature tuberculeuse du lupus de Willan est admise depuis bien des années et peu d'histologistes auraient aujourd'hui le souci de la confirmer, en recherchant systématiquement le bacille de Koch dans ces lésions : mais si l'un d'eux avait la curiosité et la patience de se livrer à de semblables investigations, parfaitement inutiles d'ailleurs, on peut se demander quel est le nombre de coupes qu'il devrait examiner avant de trouver un bacille. Rappelons qu'avant d'arriver à en colorer un, Koch dut faire plus de soixante coupes.

Pour mon compte, sur une cinquantaine de coupes de lupus tuberculeux, je n'ai pu trouver de bacilles qu'une seule fois. Devant la disproportion qui existe entre la rareté des bacilles et l'importance des lésions histologiques : fréquence des cellules géantes, noyaux de caséification on ne peut même s'empêcher de penser que ce n'est pas cet unique bacille que l'on trouve sur quelque cinquante ou soixante coupes, qui est la cause de tout le mal et qu'il y a certainement un facteur qui nous échappe ; soit que nous ne connaissions pas toutes les formes du bacille tuberculeux, soit que nous ne sachions pas toutes les colorer, soit qu'il faille faire intervenir l'action des produits solubles du bacille, se diffusant autour de lui.

Étudions également la question des inoculations : si une inoculation positive au cobaye a une valeur absolue, qui entraîne avec elle une conviction complète, il n'en est pas de même d'une inoculation qui ne donne pas de résultats : celle-ci n'a que la valeur des faits négatifs : elle prouve seulement qu'il n'y avait pas de bacilles à la surface des fragments insérés dans le péritoine du cobaye. Il resterait d'ailleurs à prouver que l'inoculation positive est absolument constante avec des lésions de tuberculose franche, telles que celles du lupus de Willan. Or il n'en est rien ; tout ce qu'on peut dire c'est que les lésions sont d'ordinaire inoculables : qu'elles le sont dans la grande majorité des cas : elles le sont *habituellement*, elles ne le sont pas *toujours*. Pour mon compte personnel, si j'ai obtenu des inoculations positives, j'en ai également obtenu de négatives, avec des lésions lupiques franches. Je rapporte ici trois des inoculations négatives les plus frappantes :

1^{re} INOCULATION. — *Lupus tuberculeux* de l'extrémité du nez, ayant débuté par la forme lymphangitique en nappe, sans lupomes, que j'ai décrite avec Leredde. Des lupomes ont ensuite apparu, peu à peu, émergeant de la profondeur. La biopsie porte sur un point siégeant sur la sous-cloison, formant une petite masse saillante, de couleur rouge violacé, présentant deux lupomes très nets, avec leur couleur jaune ambré et leur mollesse caractéristiques. — Le fragment biopsié a le volume d'une grosse lentille. Il est aussitôt inoculé dans le péritoine d'un cobaye mâle de 510 grammes, le 6 octobre 1901. Au début de décembre, l'animal ne présente rien d'anormal ; on ne sent par la palpation aucun ganglion ; le cobaye semble très vigoureux, il a même augmenté légèrement de poids et pèse 540 grammes. Au début de janvier son état étant toujours le même il est sacrifié ; on ne trouve aucune lésion tuberculeuse, pas même la moindre petite granulation miliaire, malgré un examen attentif des poumons, du foie, de la rate, des ganglions et des reins.

2^e INOCULATION. — *Lupus tuberculeux* du bras, présentant à sa partie centrale du tissu scléreux, cicatriciel et sur les bords des lésions en activité, planes, rouges violacées ; on aperçoit sous la pression d'une lame de verre plusieurs lupomes sucre d'orge, assez rapprochés, chacun de la grosseur d'un grain de millet. Biopsie à ce niveau d'un fragment ayant les dimensions d'un gros pois. Ce fragment est divisé avec un couteau de Græfe en trois petits morceaux, qui sont aussitôt inoculés, sous la peau de la cuisse d'un cobaye, du poids de 440 grammes, le 18 mars 1902. L'animal est sacrifié le 15 mai ; il est à

cette époque tout à fait bien portant et pèse 425 grammes.

Il n'y a même pas eu de ganglion inguinal du côté de la cuisse inoculée. L'examen attentif de tous les organes ne permet pas de constater la moindre trace de lésion tuberculeuse.

3° INOCULATION. — Lupus tuberculeux généralisé de la face. On y trouve non seulement des lupomes, mais de petits îlots ayant les dimensions d'un petit pois, de couleur sucre d'orge, présentant la mollesse spéciale des lésions bacillaires et dues certainement à la fusion de lupomes agglomérés. La biopsie est pratiquée au niveau d'un de ces îlots ; le fragment enlevé a les dimensions d'un gros pois. Il est divisé en deux parties : l'une est inoculée à un cobaye A, du poids de 480 grammes ; l'autre à un cobaye B, du poids de 520 grammes. Les deux inoculations sont pratiquées sous la peau de la cuisse, un peu en dessous du pli inguinal, le 25 mars 1902.

Cobaye A. — L'animal est sacrifié le 25 mai 1902 : il est alors en pleine santé et pèse 510 grammes ; peu après l'inoculation, il s'était formé dans le pli inguinal, du côté inoculé, un petit ganglion, dont toute trace a disparu aujourd'hui. Rien au foie, ni à la rate, ni aux poumons.

Cobaye B. — Il s'est formé un mois après l'inoculation deux ganglions, de chaque côté dans les plis inguinaux. L'animal est sacrifié en fin mai. On sent alors de chaque côté, dans les flancs, au-dessus du pli de l'aîne, un volumineux ganglion. Celui de gauche roule sous le doigt : celui de droite est adhérent par un point à la peau : celle-ci est déglabrée à ce niveau, et présente au centre une

petite ulcération ; en pressant le ganglion on fait rendre une matière épaisse et crémeuse, le pus recueilli sur lamelles et examiné, contient du bacille de Koch. La rate est volumineuse, ocreuse et présente des granulations jaunes : on observe également au niveau du foie quelques petites granulations blanc jaunâtre, de la grosseur d'une tête d'épingle.

Cette expérience nous paraît extrêmement intéressante : la moitié d'un nodule de *lupus tuberculeux* typique a pu tuberculiser un cobaye, tandis que l'autre moitié du même nodule a laissé un autre cobaye absolument indemne. Rien ne peut mieux prouver la valeur qu'il convient d'attribuer aux faits négatifs, et la part de contingence apportée par la distribution ou l'absence de bacilles à la surface du fragment inoculé. Peut-être y aurait-il lieu, pour donner aux inoculations toute leur valeur, d'homogénéiser le tissu inoculé, soit par le broyage, soit en faisant digérer le fragment de peau par une solution de pepsine ou de pancréatine et en injectant la macération obtenue. On aurait alors sans doute mis en liberté tous les bacilles qui peuvent être contenus dans les tissus.

Si nous revenons à la question des inoculations souvent négatives dans le groupe des tuberculides qui nous occupe, nous voyons quelle est l'importance relative qu'il convient de leur attribuer. Nous nous étonnerons d'autant moins de cette proportion d'échecs, si nous pensons qu'il s'agit de tuberculoses extrêmement atténuées, peu virulentes, constituant des foyers capables de s'éteindre d'eux-mêmes, de disparaître souvent sans laisser de traces,

tubercules produites vraisemblablement soit par des bacilles peu virulents et rares, soit par des bacilles morts arrivant à la peau ou y mourant rapidement.

En résumé, entre la tuberculose cutanée franche et le groupe des tuberculides que nous voudrions lui assimiler, il n'y a qu'une question de nuances, de proportions ; dans le premier cas on trouve en général le bacille de Koch, non pas aussi facilement qu'on le croit, mais en le cherchant avec patience et avec soin ; dans le second cas, on ne l'a pas encore coloré dans les coupes, sauf pour le lichen scrofulosorum et dans un cas de folliculis, mais l'on peut se demander si avec plus de patience encore, en examinant systématiquement un très grand nombre de coupes, on n'arriverait pas à le trouver également dans les autres affections qui nous occupent : dans la tuberculose cutanée franche, les inoculations expérimentales sont en général positives, mais peuvent dans quelques cas être négatives ; dans notre groupe de tuberculides, au contraire, les inoculations sont en général négatives, mais peuvent dans quelques cas être positives. Ce ne sont donc pas deux groupes opposés, ni même deux groupes simplement juxtaposés, mais leur ensemble constitue toute une échelle de lésions, de gravité décroissante, depuis les lésions types, à virulence plus marquée, jusqu'aux lésions à virulence très atténuée ; les premières, en raison même de leur gravité, des dégâts qu'elles produisent, du type marqué qui les caractérise, ont été les premières observées et connues ; les secondes en raison de leur bénignité, des caractères moins nets qui les définissaient ont été mal connues, ou plutôt mal interprétées. Mais en somme, à notre avis, pas plus l'ana-

tomie pathologique que la clinique ne nous autorisent à en faire un groupe à part.

Les tuberculoses cutanées atypiques.

Nous venons d'essayer d'établir l'existence d'un groupe d'affections, qui, pour nous, doit être rattaché franchement à la tuberculose. Nous devons maintenant examiner quelles sont les dermatoses qui peuvent entrer dans ce groupe.

Nous plaçons au premier rang le lichen scrofulosorum. Les travaux histologiques de Jacobi, Sack, Darier, Leredde, Jadassohn ont établi qu'on trouvait dans les lésions de cette dermatose des amas cellulaires formés de leucocytes, de plasmazellen, de cellules épithélioïdes, et de cellules géantes : on trouve même en certains points de la caséification. Jacobi, puis Wolf ont réussi à colorer des bacilles dans plusieurs papules typiques. Haushalter, Jacobi, Pellizzari ont pu obtenir des inoculations positives au cobaye. Enfin Jadassohn a noté la réaction à la tuberculine dans quatorze cas sur seize.

Nous faisons rentrer également dans ce groupe l'érythème induré de Bazin. Ici la constatation de bacilles fait défaut, mais l'histologie et l'expérimentation nous fournissent des résultats probants. Thibierge et Ravaut, Johnston, Mantegazza, Philippson, Harttung et Alexander ont trouvé des lésions de structure franchement tuberculeuses : plasmazellen, cellules épithélioïdes, cellules géantes, îlots de nécrose. Colcott Fox, Jadassohn, Philippson, Thibierge et Ravaut ont obtenu des inoculations positives

au cobaye et au lapin. Une question délicate peut se poser ici : dans ces dermatoses, chez lesquelles la constatation de lésions tuberculeuses a été peu fréquente, et dont l'inoculation positive est l'exception, quel est le criterium nécessaire pour se déclarer convaincu ? En d'autres termes, y a-t-il un chiffre d'inoculations positives et de constatations de cellules géantes qui, une fois atteint, puisse permettre d'affirmer qu'il s'agit bien de lésions tuberculeuses ? Nous nous sommes déjà expliqués au sujet de la rareté de ces constatations positives, et elle n'est pas pour nous gêner. Mais si un résultat positif, obtenu par un seul auteur, peut toujours laisser subsister un doute dans l'esprit, lorsque le même résultat aura été obtenu de différents côtés par deux, trois, quatre observateurs, offrant les garanties de compétence nécessaires, tout esprit impartial peut se déclarer convaincu.

Rentrent encore dans notre groupe les tuberculides nodulaires et papulo-nécrotiques. Ici les bacilles n'ont été trouvés qu'une fois, par Mac-Leod et Ormsby, mais des cellules géantes ont été trouvées dans l'acnitis par Darier, qui y a même observé un groupement des éléments formant de vrais follicules, par Pollitzer, dans l'affection qu'il avait décrite sous le nom d'hydradénite suppurante destructive, par Kaposi dans son acné télangiectode qui correspond à la forme acnitis, par Leredde, dans le cas qu'il a publié avec Tenneson sous le nom de granulome innominé, par Malherbe et Monnier dans un cas de tuberculides papulo-nécrotiques. Hallopeau et Bureau ont trouvé des amas nodulaires de plasmazellen et de cellules épithélioïdes dans un cas de folliclis, un véri-

table nodule tuberculeux avec partie centrale caséifiée et couronne de cellules géantes dans un cas de tuberculides acnéiformes et nécrotiques. Giovannini a trouvé des cellules géantes dans un cas de tuberculide gommeuse. La question devient infiniment plus difficile avec le lupus érythémateux, le lupus pernio, etc... Il paraît bien difficile et il répugnera à l'esprit de certains dermatologistes, de classer ces affections, dans l'état actuel de nos connaissances, parmi des lésions de nature franchement tuberculeuse, et cependant on peut, à l'appui de cette proposition, fournir les arguments suivants : tout d'abord la fréquence des antécédents tuberculeux héréditaires et personnels chez les malades atteints de lupus érythémateux ; ceci pourrait à la rigueur permettre de penser qu'il y a une simple coïncidence et non pas une relation de cause à effet. Mais il y a mieux : il est frappant de voir combien les lésions du lupus érythémateux peuvent s'associer à celles du lupus tuberculeux, pour former le type lupus érythématoïde de Leloir, ou lupus érythémato-tuberculeux : elles peuvent s'associer aussi et s'associent fréquemment avec les autres tuberculoses cutanées atypiques. Leredde a signalé des adénopathies cervicales, siégeant dans une région du cou limitée et répondant nettement au territoire occupé par le lupus ; or il a pu constater, et Hallopeau et Jeanselme ont constaté des faits semblables, que le pus de ces adénopathies fourmillait de bacilles tuberculeux. Quant à la structure histologique du lupus de Cazenave, il est certain qu'elle est encore plus éloignée du schéma anatomo-pathologique de la tuberculose franche que ne l'étaient les lésions des tuberculoses aty-

piques que nous avons énumérées jusqu'ici. Cependant on sait qu'Audry, ayant eu un préparateur qui eut la patience de faire deux ou trois cents coupes de fragments de lupus érythémateux, put trouver dans trois cas des cellules géantes. Cette constatation est des plus instructives ; elle nous montre que les cellules géantes peuvent exister, mais qu'elles sont extrêmement rares et des plus difficiles à trouver. Il est alors permis de penser que, si l'on avait la patience de faire des coupes en séries, extrêmement nombreuses, on trouverait des cellules géantes plus fréquemment. Ajoutons enfin que le lupus érythémateux réagit dans certains cas à la tuberculine. Tous ces faits seront repris et développés plus longuement dans le chapitre spécial que nous consacrerons au lupus érythémateux. Si on les rapproche de cette notion qu'il existe toutes les formes de passage entre le lupus érythémateux et les tuberculoses cutanées atypiques, dont nous avons parlé jusqu'ici, on peut en déduire cette conclusion, qu'il est impossible de séparer le lupus de Cazenave du groupe dont nous venons de parler, auquel il appartient naturellement. Nous en dirons autant du lupus pernio, dans lequel Gastou a pu récemment trouver des cellules géantes.

Nous croyons que le groupe des tuberculides doit être remplacé par le groupe des *tuberculoses cutanées atypiques*. Il ne s'agit pas là d'une simple question de mots : le terme de « tuberculide » désignait des affections en rapport étroit avec la tuberculose mais non de nature tuberculeuse franche ; le terme de « tuberculoses cutanées atypiques » désigne des dermatoses de nature réellement tuberculeuse, de virulence atténuée, rentrant complète-

ment dans le cadre de la tuberculose telle qu'on peut la comprendre aujourd'hui

Nous croyons cependant le mot « tuberculides » destiné à survivre longtemps encore ; d'abord parce qu'il a un passé et qu'il représente un stade de la compréhension des manifestations cutanées de la tuberculose ; ensuite parce que l'évolution est souvent lente à se faire en pathologie générale et que beaucoup d'auteurs ne voudront pas admettre de sitôt la compréhension de la tuberculose, trop large à leur gré, qui nous paraît se dégager des travaux de ces dernières années ; or le terme de tuberculides les satisfait davantage par l'imprécision même que lui ont donnée les différentes interprétations dont il a été l'objet. Pour ces différentes raisons, le terme de tuberculides nous paraît devoir jouir longtemps encore de la faveur des dermatologistes. Nous nous y rattacherions nous-mêmes volontiers, mais à une condition ; c'est d'élargir sa signification et de lui faire comprendre toutes les manifestations cutanées de la tuberculose ; nous reviendrions ainsi à la proposition de M. Hallopeau, mais en supprimant sa division en tuberculides bacillaires et en toxi-tuberculides. Les tuberculides deviendraient l'équivalent des syphilides, qui traduisent toutes les manifestations de la syphilis à la peau, et il serait bien entendu qu'elles ne comprennent pas des lésions tuberculeuses et d'autres simplement en rapport avec la tuberculose, mais des lésions qui sont toutes d'origine et de nature tuberculeuses, mais à des degrés plus ou moins atténués de virulence, des tuberculoses classiques et des tuberculoses atypiques (ancien groupe des tuberculides Darier).

Cependant à l'heure actuelle nous croyons que la conservation du mot de tuberculides, en lui donnant un sens nouveau, contribuerait à entretenir un équivoque. Nous proposons donc le terme de tuberculose cutanée atypique qui indique une évolution dans la façon de comprendre la vraie nature des lésions qu'il désigne.

Bibliographie.

- LEREDDE. — Les notions nouvelles sur les tuberculoses de la peau et les angiodermites tuberculeuses. *IV^e Congrès français de médecine*. Toulouse, 1902.
- BOUYEYRON. — Du rhumatisme tuberculeux chez les sujets atteints de lupus et de tuberculoses cutanées. *Société de méd. de Lyon*, 7 mai 1903.
- PONCET et MAILLAND. — Rhumatisme tuberculeux. *Monographie clinique*. Masson, éditeur. Paris, 1903.
- BOUCLIER. — Méningopathies inflammatoires et autres d'origine tuberculeuse. *Thèse*, Lyon, 1903.
- BESANÇON. — Pseudo-rhumatisme tuberculeux ; tuberculose généralisée des séreuses. *Soc. méd. des hôpitaux*, octobre 1901.
- GALLIARD. — *Société méd. des hôpitaux*, octobre 1901.
- GRIFFON. — Un cas de pseudo-rhumatisme tuberculeux primitif ; étude cytoscopique, preuve expérimentale. *Société méd. des hôpitaux*, juin 1903.
- PONCET. — Rhumatisme tuberculeux abarticulaire. Localisations viscérales et autres du rhumatisme tuberculeux. *Bulletin de l'Acad. de médecine*, juillet 1902.
- PAUTRIER. — La nature tuberculeuse de l'angiokératome de Mibelli ; les tuberculides familiales. *Archiv für Dermatologie*, 1903.
- LEREDDE et PAUTRIER. — Sur une nouvelle forme de lupus tuberculeux de l'extrémité du nez ; lupus lymphangitique en nappe. *Revue pratique des maladies cutanées*, août 1902.

CHAPITRE III

ESSAI DE CLASSIFICATION DES TUBERCULOSES CUTANÉES

Nécessité d'une simplification dans la terminologie.

— Existe-t-il parmi nos tuberculoses cutanées atypiques les éléments d'une classification ? Il importe en effet d'introduire de l'ordre dans une terminologie beaucoup trop riche. Nous avons dit que toutes les affections du groupe des tuberculoses atypiques offraient entre elles tous les types de transition, toutes les formes de passage ; or, souvent les observateurs, au lieu de ramener ces formes de passage aux deux ou trois types fondamentaux qu'elles reliaient, se sont plu à les individualiser, à en faire autant d'entités distinctes, et, par un sentiment de paternité compréhensible, mais quelque peu exagéré, à les baptiser d'un nom nouveau ; il en est résulté une apparence de chaos inextricable ; on se perd dans la nomenclature. Les travaux très nombreux, dont quelques-uns très remarquables, qui ont été faits jusqu'ici sur les tuberculides, ont été la plupart du temps des travaux de synthèse, touchant la constitution du groupe et sa compréhension ; d'autres travaux ont été faits, tendant à définir tel ou tel type de tuberculides ; mais on n'a pas encore pris le soin de jux-

taposer les définitions des différentes tuberculides, de les confronter les unes avec les autres, de voir celles qui faisaient double emploi. Il y a là une besogne nécessaire à faire, une besogne utile, indispensable. Comment voudrait-on que le grand public médical pût comprendre la question de la tuberculose cutanée, si les dermatologistes ne s'efforcent de la simplifier, de la rendre plus claire ! Il importe donc de ramener toutes les manifestations atypiques de la tuberculose à trois ou quatre types bien définis, reliés entre eux par des formes de passage, participant de l'un et de l'autre type, mais ne formant pas d'entité distincte.

Difficultés d'une classification. — Lorsqu'on a dépouillé, comme nous l'avons fait, un grand nombre d'observations de tuberculoses cutanées atypiques, on éprouve une très grande difficulté à fixer son choix sur un caractère distinctif, qui permette d'établir une classification rationnelle et satisfaisante pour l'esprit. Choisissons-nous le siège des lésions ? mais l'érythème induré qui s'observe presque toujours au niveau des membres inférieurs, peut être rencontré également sur les bras, à la face ; par contre, l'acné, la folliculite qui siègent d'ordinaire à la face, peuvent être observés sur les bras, sur les jambes. Nous arrêterons-nous à la distribution des lésions ? même variété : à leur évolution ? même incertitude. L'anatomie pathologique nous sera-t-elle d'un meilleur secours ? Moins que jamais nous ne trouverons ici la solution du problème ; nous rencontrerons des lésions souvent semblables, facilement identifiables à un schéma commun.

En dernière analyse, l'histologie étant absolument impuissante à nous fournir une classification rationnelle, c'est encore à la clinique que nous devons nous adresser, mais en faisant état non plus d'un caractère isolé des lésions, mais de l'ensemble de leurs caractères, de leur aspect, de leur évolution. Dans un tel esprit, nous croyons pouvoir proposer la classification suivante :

I. TYPE NODULAIRE. — Celui-ci comprend lui-même deux formes légèrement différentes d'aspect, bien que la lésion initiale et le mode d'évolution soient les mêmes. Seules les dimensions de cette lésion initiale varient.

La première forme, à *petits nodules*, peut encore être dite : *papulo-nécrotique*. A cette forme correspondent les affections décrites sous les noms suivants : Le psoriasis scrofuléux d'Hutchinson, le lupus érythémateux disséminé de Bœck, l'acnitis et la folliculite de Barthélemy, la folliculite disséminée symétrique des parties glabres, à tendance cicatricielle de Brocq, l'hydradénite suppurative destructrice de Pollitzer, la folliculite exulcérente de Lukasiewicz, l'hydradénite suppurative disséminée de Dubreuilh, l'acné télangiectodes de Kaposi, la scrofulide acnéiforme et la scrofulide à petites pustules de Colcott Fox, Pringle, Galloway, le granulome innommé de Tenneson et Leredde, les tuberculides papulo-nécrotiques d'Hallopeau, les tuberculides périfolliculaires pustuleuses de Bœck, les toxi-tuberculides acnéiformes et nécrotiques d'Hallopeau, le lupus folliculaire disséminé de C. Fox, les folliculites des scrofuléux de Du Castel, l'acné cachectico-rum de Hebra-Kaposi, les folliculites miliaires ou disséminées de Thibierge, les tuberculides acnéiformes dissémi-

nées de Gastou, l'acné varioliforme des extrémités de Bronson, les engelures nécrosiques de Allen.

Haury, dont l'excellente thèse est consacrée entièrement à l'étude de ce type, avait cru pouvoir y distinguer quatre groupes différents : les tuberculides du groupe acnitis ; les tuberculides du groupe folliculis : les tuberculides miliaires ou lichénoïdes ; les tuberculides nodulaires. Il nous a semblé que cette classification répondait plutôt à un besoin de l'esprit d'introduire de l'ordre dans une nomenclature exubérante, qu'à une réalité. Il existe, il est vrai, quelques particularités de telle ou telle lésion, qui pousseraient un esprit attaché à une précision méticuleuse, à établir des sous-groupes dans notre type papulo-nécrotiques : telle lésion affecte plutôt la face et l'autre les membres, telle autre est superficielle et telle autre encore plus profonde. Mais, nous l'avons dit, ce sont là caractères accessoires, passagers, qu'on peut et qu'on doit négliger dans un esprit de simplification qui nous paraît nécessaire. En réalité, il est facile de tracer un schéma dans lequel puissent rentrer toutes les affections que nous avons énumérées. Il s'agit de lésions, apparaissant par poussées, en plus ou moins grand nombre, pouvant être isolées ou groupées, pouvant former des placards et occuper toutes les régions du corps, d'une façon plus ou moins symétrique. Les éléments qui les composent sont, soit des papules plus ou moins superficielles, soit des nodules pouvant être assez profonds dans le derme, mais aboutissant toujours à l'épiderme : ces papules ou ces nodules sont de couleur rouge violacé, livide ; ils présentent à leur sommet, au bout d'un temps plus ou moins long,

une vésicule ou une pustule; celle-ci correspond à une gouttelette de pus donnant naissance à une croûte, sous laquelle est creusée une petite ulcération assez profonde. La lésion guérit lentement en laissant une cicatrice, parfois entourée d'un liséré pigmenté qui disparaît peu à peu.

La *deuxième forme*, à *gros nodules*, comprend l'érythème induré de Bazin, une forme d'hydrosadénite de Giovannini, l'ecthyma scrofuloux de Gastou et Emery, la thrombo-phlébite tuberculeuse et la phlébite nodulaire nécrotique de Philippon.

Elle ne diffère de la forme précédente que par la grosseur des éléments éruptifs, et Leredde, publiant un cas d'érythème induré, a pu, non sans raison, proposer d'assimiler cette affection à l'acné et à la folliculite. Il s'agit en effet dans les deux cas de lésions débutant par des nodosités profondes, dures, qui s'élèvent peu à peu, amènent un changement de coloration et une ulcération de la peau et se terminent par une cicatrice. Il arrive souvent que ces éléments n'aboutissent pas à l'ulcération; lorsque celle-ci se produit, elle atteint des dimensions considérables; en outre, les dimensions des nodules sont vraiment particulières, puisqu'elles peuvent atteindre le volume d'une grosse noisette.

2. TYPE LICHÉNOÏDE. — *Le type lichénoïde* est formé par le lichen scrofulosorum, le pityriasis simplex de la face des enfants, de Bœck et probablement par l'eczéma scrofulosorum du même auteur.

On sait que le lichen scrofulosorum, qui a pour siège de prédilection la peau du tronc, se présente sous forme de papules arrondies, de la grosseur d'une tête d'épingle

à peu près, de couleur rouge pâle, chamois, ou rouge vif, ayant parfois un aspect brillant comme celui du lichen plan, présentant souvent à leur sommet une squame ou une concrétion cornée et pouvant être centrées par un poil. Ces éléments sont isolés ou disposés en groupes, en placards.

Sous le nom d'eczéma scrofulosorum, Bæck a décrit une affection que nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer personnellement, qui se présente chez les enfants et les jeunes gens avec absolument la même localisation que le lichen des scrofuleux et ne diffère de celui-ci que par le fait que les papules s'effacent et que les localités atteintes sont en partie suintantes.

Le dermatologiste de Christiania a décrit également une autre variété du lichen scrofulosorum sous le nom de pityriasis simplex de la face des enfants. Il présente l'aspect suivant : lorsqu'un lichen scrofulosorum est étendu et atteint le cou, il perd peu à peu ses papules, s'efface et ne forme plus que de petites macules et des placards desquamants et plus ou moins hyperémiques. Cette transition est si graduée qu'on ne saurait se méprendre à son égard. Au niveau de la face, l'affection peut prendre uniquement ce caractère de petites macules et de placards désquamants.

Le type lichénoïde est uni au type papulo-nécrotique par une forme de passage qui est représentée par la tuberculide papulo-squameuse de Bæck. Elle est constituée par des papules rosées ou violacées, du volume d'un grain de millet, aplaties, disséminées, périfolliculaires et superficielles, recouvertes à leur centre d'une croûte cornée ou d'une squame épidermique.

3. TYPE EN NAPPE. — Celui-ci peut être localisé ou généralisé. Dans sa forme localisée, il peut évoluer vers une tendance atrophique spontanée, et il est alors représenté par le lupus érythémateux discoïde, en placards : il peut aussi ne pas évoluer vers l'atrophie ; il correspond alors au lupus pernio, et peut-être aux engelures et à l'acro-asphyxie des extrémités.

Dans sa forme généralisée, le type en nappe est représenté par le lupus érythémateux aigu généralisé, par le pityriasis rubra de Hebra, et par les tuberculides érythémateuses exfoliatrices de Bœck.

Nous ne dirons rien des caractéristiques du type en nappe localisé : le lupus érythémateux et le lupus pernio sont trop connus.

Dans sa forme généralisée, le type en nappe affecte toujours des formes sévères. Le lupus érythémateux aigu généralisé est caractérisé par des plaques multiples, de couleur rouge, qui s'étendent par leurs bords. Des accidents généraux l'accompagnent fréquemment, de la fièvre, des lésions pulmonaires ; la mort est fréquente. Elle suit aussi, à échéance plus ou moins éloignée, le pityriasis rubra de Hebra et les tuberculides érythémateuses exfoliatrices.

4. TYPE ANGIOMATEUX. — Celui-ci est représenté par des taches très petites, de couleur sanguine, dues à des dilatactions de capillaires, s'accompagnant fréquemment, mais non nécessairement de lésions de la couche cornée, formant des saillies verruqueuses. Les lésions évoluent par poussées, apparaissent en hiver, disparaissent souvent l'été. Elles s'accompagnent souvent d'acro-asphyxie et

CHAPITRE IV

LES TUBERCULOSES ATYPIQUES NODULAIRES A PETITS NODULES (PAPULO-NÉCROTIQUES)

Constitution du groupe. — Nous avons groupé sous ce titre toute une série d'affections baptisées de noms différents, mais qui, si l'on prend soin de les comparer, de les juxtaposer, peuvent être identifiées et se ramener à un type commun, comme nous allons essayer de le montrer.

Signalées d'abord par Hutchinson sous le nom de psoriasis scrofuleux, dans ses leçons sur le lupus érythémateux, elles furent décrites complètement pour la première fois par le P^r Bœck, sous le nom de lupus érythémateux disséminé. « Il se forme rapidement, écrivait-il, une tache d'un rouge vif, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de chènevis qui, en l'espace d'un à deux jours, proémine au-dessus du niveau de la peau et se délimite nettement des parties voisines. Par une observation minutieuse, on voit, dans les premiers jours qui suivent la formation de l'élément, son centre prendre une teinte livide, bleuâtre, distincte de la coloration rouge vif de la périphérie; c'est au point que sa portion centrale rappelle au premier abord, à la paume des mains, une éruption bulleuse.

L'élément éruptif présente une surface arrondie, régu-

lière, à revêtement épidermique lisse, tendu, transparent... Après un ou plusieurs jours d'état stationnaire, les papules peuvent présenter diverses évolutions. Quand le processus inflammatoire est arrivé à l'apogée, la papule s'affaisse, en même temps que l'épiderme se flétrit et desquame à sa surface... Si le processus inflammatoire augmente d'intensité, il peut se former une nécrose superficielle, et un foyer purulent, qui peut envahir progressivement la plus grande partie de l'élément et lui donner une très grande ressemblance avec une pustule d'acné. Finalement ce foyer se dessèche et il se forme une croûte qui se prolonge dans la profondeur et adhère très solidement, au point qu'elle ne tombe souvent que lorsque l'efflorescence a presque complètement disparu. »

En 1890, M. Brocq décrivait sous le nom de folliculites disséminées symétriques des parties glabres, à tendance cicatricielle, des lésions se rapprochant absolument du lupus érythémateux de Bœck. Il s'agit de petits papulotubercules « qui débutent sous la forme d'une petite tache rosée à peine surélevée ; puis leur coloration se fonce ; leur saillie se dessine : il se produit au centre un soulèvement épidermique, plus ou moins marqué, au-dessous duquel existe de la sérosité citrine que l'on peut faire sourdre par la pression. A un degré d'évolution de plus, la papule est devenue d'un rouge plus vif, plus saillante, un peu indurée : elle porte à son centre un point suppuré ou un orifice béant. Enfin, après un laps de temps assez long, l'inflammation se dissipe, la rougeur disparaît, et il reste une cicatrice centrale déprimée, assez semblable à celle de la variole, mais plus taillée à l'emporte-pièce ». Brocq

notait encore la lenteur d'évolution des lésions et leur mode d'évolution par poussées subintrantes, entrecoupées de périodes de rémission.

L'année suivante Barthélemy publiait, en collaboration avec Darier, Jacquet et de Saint-Germain, un travail intitulé : De l'Acnitis, ou d'une variété spéciale de folliculites et périfolliculites généralisées et disséminées. L'affection était caractérisée par des nodosités sous-cutanées, dures, qui peu à peu augmentaient de volume, jusqu'à atteindre celui d'une lentille ou d'un petit pois. En même temps la peau devenait rouge à leur surface et il se formait une pustulette. Si l'on ouvrait celle-ci on trouvait une goutte de pus crémeux. La lésion, abandonnée à elle-même, se ramollissait, il se formait une croûte adhérente ; l'aspect était alors celui des lésions d'acné nodulaire. La croûte une fois tombée, il restait une macule ou une cicatrice légèrement déprimée et pigmentée. L'évolution de chaque élément durait environ un mois. Les lésions apparaissaient par poussées successives.

Barthélemy décrivit également sous le nom de folliclis un type différant légèrement du précédent : les lésions en étaient plus superficielles, dermiques et non hypodermiques, dès le début ; elles formaient souvent des placards, des agglomérations, alors que dans l'acnitis elles étaient plutôt disséminées sans ordre ; enfin, tandis que dans cette dernière affection les éléments affectaient de préférence la face et le tronc, dans la folliclis ils siégeaient plutôt sur les membres. A part ces quelques différences, l'aspect des lésions était le même : il s'agissait de nodosités solides, puis pustuleuses et aboutissant à la cicatrisation.

L'idée que l'on se faisait de l'affection variait en même temps. Brocq avait fait de ses folliculites à tendances cicatricielles une inflammation de glandes sudoripares. Jacquet avait trouvé que les éléments éruptifs se développaient plutôt autour des follicules sébacés. Mais, d'autre part, on en avait observé au niveau de la paume des mains où les glandes sébacées n'existent pas. La plus grande imprécision régnait donc sur l'interprétation qu'il fallait adopter.

Notons encore que, la même année, Bronson décrivait sous le nom d' « Acné varioliforme des extrémités » une éruption constituée par des éléments disséminés ou groupés, papuleux, pustuleux ou croûteux, du volume d'un grain de mil à celui d'une lentille ; les lésions débutaient par des papules miliaires, assez profondes, donnant la sensation d'un grain de plomb enchâssé dans le derme, et devenaient ensuite vésiculeuses ou vésico-pustuleuses ; l'élément se desséchait en croûtes noirâtres et laissait des cicatrices plus ou moins déprimées. Les lésions siégeaient sur les membres : elles occupaient aussi la paume des mains. La description que nous venons de résumer ne laisse aucun doute ; l'affection décrite par Bronson est bien celle qu'ont déjà décrite, sous des noms différents, Böeck, Brocq et Barthélemy.

Dubreuilh en reprend bientôt l'étude : les lésions lui paraissent débiter par une ou plusieurs glandes sudoripares groupées et s'étendre ensuite, de proche en proche, aux glandes les plus voisines : la maladie consisterait en une infiltration des glandes sudoripares, qui finalement ne sont plus représentées que par un amas de petites cellules

embryonnaires. Aussi Dubreuilh la baptise-t-il : hydrosadénite suppurative disséminée.

Spiegel, Unna arrivent chacun de leur côté à des résultats à peu près semblables. Ils constatent également un maximum de lésions au niveau des glomérules sudoripares, croient que ceux-ci sont atteints primitivement et font de l'affection une idrosadénite ou une spiradénite. Nous n'analysons pas les descriptions cliniques de Dubreuilh, de Pollitzer. Il s'agit toujours de nodules intra-dermiques durs, disséminés, évoluant vers l'épiderme, aboutissant à une papulo-pustule, se nécrosant au centre et laissant une minuscule cicatrice. C'est toujours la même lésion, qu'une nouvelle interprétation anatomique a baptisé d'un nom nouveau supplémentaire. Nous sommes loin d'ailleurs d'en avoir fini avec elle.

Reconnaissons-la au passage dans l'« acné télangiectode » de Kaposi (où il s'agit toujours des mêmes nodules folliculaires, disséminés, présentant au sommet au commencement de fonte purulente) et arrivons au « granulome innominé » de Tenneson, Leredde et Martinet qui nous apporte des données histologiques nouvelles. Nous ne répéterons pas une fois de plus la description des lésions, toujours les mêmes. Mais l'examen microscopique, pratiqué par Leredde, lui montra que les lésions des glandes sont secondaires et précédées par celles des vaisseaux ; celles-ci sont de beaucoup les plus importantes, ce sont elles qui déterminent la nécrose, le ramollissement profond des tissus ; on trouve en effet des vaisseaux oblitérés, alors que les lésions des glandes sudoripares sont nulles ou à peine marquées. Contrairement à la théorie

de l'hidrosadénite qui semble admettre une infection se produisant de dehors en dedans. Leredde pense que l'affection évolue de dedans en dehors. Quant à sa pathogénie, il rappelle que la scrofule est mentionnée explicitement ou implicitement dans la plupart des observations de lésions semblables à leur granulome, mais allant plus loin, il veut établir un lien entre ce granulome et le lymphatisme, sans pouvoir encore préciser ce lien. La théorie des tuberculides n'est déjà plus très loin. En tout cas la théorie de l'hidrosadénite va disparaître et être remplacée par la théorie vasculaire proposée par Leredde.

En 1896, on étudie au Congrès de Londres les rapports de la tuberculose avec les maladies de la peau autres que le lupus vulgaire. Dans son remarquable rapport, M. Hallopeau range dans son groupe des « tuberculoses cutanées engendrées par des toxines émanées de foyers plus ou moins éloignés » plusieurs types qui, pour nous, répondent tous à celui que nous étudions en ce moment : ce sont les « folliculites suppuratives, disséminées ou agminées », la « folliclis » de Barthélemy, et les « tuberculides acnéiformes et nécrotiques (1) ». M. Hallopeau fait remarquer que l'on doit considérer comme de simples variétés de ses folliculites suppuratives disséminées, l'acné cachectique et l'acné scrofulosorum. Pour nous, la lésion élémentaire de tous ces types est, à peu de choses près, la même ; seul le mode de distribution, de groupement ou de dissémination varie. Hallopeau définit

(1) Celles-ci ajoutées complémentirement au rapport de Londres, paru quelques mois après, dans la *Revue de la tuberculose*.

en effet ainsi ses folliculites suppuratives disséminées : « Le plus habituellement, ce sont des saillies papuleuses, dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'un grain de chènevis, rouges, acuminées et surmontées soit d'une vésico-pustule, soit d'une croûte : elles prennent le nom d'acné cachectique quand elles s'entourent d'une aréole hémorragique. » Des tuberculides acnéiformes et nécrotiques, il déclare que « l'éruption est essentiellement constituée par des infiltrations nodulaires devenant, dans leur partie centrale, le siège d'une pustulette, qui se dessèche en une croûte et laisse à sa suite une petite dépression cratériforme, à bords taillés à l'emporte-pièce ; il en résulte la formation d'une cicatrice que ses petites dimensions et la netteté de ses bords rendent également caractéristiques ». Que l'on juxtapose ces deux définitions et toutes celles que nous avons déjà données et l'on verra que c'est toujours de la même affection qu'il s'agit. Ses rapports avec la tuberculose sont reconnus. Darier la classe la même année parmi ses « tuberculides ».

L'attention des dermatologiste est alors attirée vers cette affection et de nombreux observateurs en publient de nouveaux cas. Citons entre autres Hallopeau, Brocq, Darier, Thibierge, Du Castel, Laffitte, Danlos, Bureau, etc... Mais la connaissance de sa nature tuberculeuse ne fait pas disparaître la richesse de termes par laquelle on s'est plu à la désigner jusqu'alors et la même abondance verbale va être transportée dans le domaine des tuberculides. On voit apparaître les tuberculides papulo-nécrotiques, les folliculites des scrofuleux, les tuberculides

périfolliculaires pustuleuses, les toxi-tuberculides acnéiformes et nécrotiques, le lupus folliculaire disséminé, les tuberculides acnéiformes disséminés, les formes papulo-érythémateuses de tuberculides, en même temps qu'on conserve le type acnitis et le type folliculis, dont on fait également des types de tuberculides. Qu'il existe cliniquement quelques différences entre ces différentes formes, soit dans la région affectée de préférence, soit dans la distribution des lésions, disséminées ou agminées, ou encore en placards, soit dans leur plus ou moins grande profondeur, nous ne le nions pas. Mais nous estimons que dans un esprit de simplification, d'unification, il est préférable de les ramener à un type unique : le schéma des lésions et de l'évolution est en somme le même ; il s'agit toujours d'éléments nodulaires évoluant vers la pustulation, la nécrose, et donnant lieu en général à de minuscules cicatrices. On évitera, par cette simplification, la confusion que commencent à faire naître tous ces termes désignant des affections cliniquement et histologiquement si semblables.

Étiologie.

Nous n'insisterons pas sur les considérations d'âge ou de sexe, qui ne présentent pas grand intérêt. L'affection a été observée à tout âge, depuis sept ans jusqu'à quarante-deux ans : elle est cependant plus fréquente à l'âge adulte.

Beauprez, et Fringuet après lui, ont parlé de l'influence des saisons. Nous ne la mentionnerons que pour confesser notre ignorance absolue à ce sujet. L'affection évolue par

poussées ; pourquoi tel malade présente-t-il toujours ses poussées au printemps et tel autre toujours en hiver ? Pourquoi celui-ci est-il atteint pendant les froids et celui-là pendant les fortes chaleurs ? Il serait imprudent de tenter de l'expliquer. Beauprez aurait remarqué, d'une façon générale, que chez les malades acroasphyxiques, présentant une cyanose et une algidité des extrémités, les poussées apparaissaient l'hiver, en même temps que des engelures ; par contre, les malades qui ne sont pas acroasphyxiques paraîtraient avoir de préférence leurs poussées au printemps.

Une seule chose est vraiment à retenir, dans ce chapitre de l'étiologie : ce sont les rapports cliniques des tuberculoses atypiques nodulaires, à type papulo-nécrotique, avec d'autres formes de tuberculose viscérale, ganglionnaire ou cutanée. Les malades qui sont atteints de la forme de tuberculose cutanée atypique que nous étudions en ce moment, sont en général des sujets répondant à la définition des anciens scrofuloux. La présence de stigmates tuberculeux, surtout sous forme d'adénopathies, de ganglions suppurés, est à peu près constante : la coïncidence avec de la tuberculose pulmonaire est fréquente. La forme à pustulettes, en particulier, survient presque toujours chez des tuberculeux avérés qui présentent soit de la phthisie pulmonaire franche, soit des ganglions suppurés, soit de la tuberculose osseuse. Dans les cas les moins nets, on trouve toujours noté, coïncidant avec l'apparition des lésions, un état d'anémie marquée, une grande faiblesse, un mauvais état général, les signes d'une infection profonde.

Dans quelque cas, comme chez un malade de Haury, on voit une sorte de balancement entre l'éruption et des symptômes pulmonaires, ou, au contraire, l'éruption cutanée suivre à bref délai une poussée de tuberculose viscérale ou ganglionnaire. Dans d'autres cas, comme dans ceux de Stanley, de Beauprez, les poussées éruptives correspondent à des périodes d'activité d'adénopathies cervicales. Parfois, le malade paraît indemne de toute tare tuberculeuse, mais en le suivant quelque temps, comme dans un cas d'Hallopeau, on peut voir, un an après la première éruption, survenir des signes cliniques très nets de tuberculose.

Notons encore la coexistence avec d'autres formes de tuberculose cutanée typique ou atypique : gommes tuberculeuses, lupus de Willan, lichen scrofulosorum, angiokératome, etc... Nous avons pu constater nous-mêmes chez une de nos malades la coexistence de tuberculides nodulaires correspondant à l'ancien type folliculis, avec du lupus érythémateux.

Enfin, si l'on examine de près les antécédents héréditaires des malades, on est frappé de voir la tuberculose y tenir une large place. Tantôt c'est le père, ou la mère, ou des frères et sœurs morts phthisiques ; tantôt on note une polymortalité en bas âge des frères et des sœurs ; parfois ce sont des enfants morts de méningite tuberculeuse. On trouve, en un mot, autour des malades une ambiance tuberculeuse très nette, comme d'ailleurs dans toutes les dermatoses qui constituent le groupe de la tuberculose cutanée atypique.

Symptomatologie. — Évolution.

Les tuberculoses cutanées atypiques, à type papulo-nécrotique, évoluent par poussées, d'une façon éruptive. L'éruption est tantôt confluyente, tantôt généralisée. Elle est composée d'un nombre variable d'éléments, groupés, ou isolés, ou disposés en placards.

Toutes les régions du corps peuvent être atteintes, sauf les muqueuses qui sont toujours respectées (on n'y a du moins pas observé de lésions jusqu'ici). Les organes génitaux ne sont que très rarement atteints. Les parties du corps les plus fréquemment touchées sont les faces d'extension des membres supérieurs et inférieurs, les doigts et les orteils, surtout au niveau des jointures, la face, les faces palmaire et plantaire des mains et des pieds, les fesses, les lombes, l'abdomen. Les aisselles et toutes les régions pileuses : cuir chevelu, pubis ne sont pas fréquemment atteints.

L'élément initial est représenté par une petite nodosité, plus ou moins grosse, ayant à peu près les dimensions d'une tête d'épingle à celles d'un grain de millet. Cette nodosité est dure, arrondie ; elle occupe la partie profonde du derme ou même le tissu cellulaire sous-cutané : on peut la faire rouler sous le doigt entre le tégument et les plans profonds. Elle évolue plus ou moins vite vers la surface de la peau, et se traduit, lorsqu'elle atteint celle-ci, par une petite élevation plus ou moins considérable : la peau qui la recouvre est rouge foncé ou cuivré, ou livide, violacé. La papule ou le nodule, formé ainsi, présente bientôt en

son centre un petit soulèvement épidermique, qui devient une petite vésicule ou une pustule véritable, contenant une sérosité citrine, ou une ou deux gouttes de liquide séro-purulent. Autour de celle-ci on peut constater une zone assez mince ; légèrement érythémateuse. Soit que la vésico-pustule s'ombilique et se rompe, soit qu'elle se flétrisse et donne une croûte d'emblée, on trouve bientôt, dans la plupart des cas, une croûte jaune ou brunâtre, très adhérente, pénétrant dans l'intérieur du nodule. Autour de cette croûte peut exister une mince collerette épidermique. Si on arrache la croûte, on trouve une ulcération relativement profonde pour ses petites dimensions, nettement limitée ; si on laisse la lésion évoluer normalement, le nodule s'applatit et s'affaisse, la rougeur diminue, la croûte se dessèche et tombe d'elle-même. On trouve alors une cicatrice déprimée, régulière, arrondie, semblable à une cicatrice de variole ; elle est rougeâtre ou violacée au début, entourée d'un liséré ou d'un véritable anneau pigmenté. Cette pigmentation, d'aspect syphiloïde, s'atténue peu à peu, mais peut demander plusieurs mois pour disparaître. Telle est l'évolution résumée de la lésion type ; elle dure environ de deux à six semaines. Il faut noter cependant que tous les éléments ne suivent pas régulièrement cette marche : elle peut être compliquée, s'il survient une infection secondaire, formant ainsi un véritable abcès ; elle peut, au contraire, être simplifiée : certains nodules se fanent et disparaissent avant la suppuration ; chez d'autres la vésicule, une fois formée, ne suppure pas et se recouvre simplement d'une squame adhérente.

On peut observer des lésions différant quelque peu du schéma typique que nous venons de tracer. L'élément éruptif peut être parfois plutôt une pustulette miliaire qu'une papule et affecter alors des rapports avec les follicules pilo-sébacés ; il est souvent centré par un poil et entouré d'une zone érythémateuse. Ces pustulettes peuvent être disséminées, ou se grouper pour former des placards plus ou moins étendus, présentant une teinte érythémateuse sombre au centre, correspondant à une zone de guérison, et une couronne de pustulettes en bordure, représentant la zone d'extension. Si ces dernières, situées très près les unes des autres, se réunissent, il peut en résulter la formation d'ulcérations peu profondes, suintantes.

Les éléments éruptifs sont, en somme, ici, toujours du type nodulaire, mais ils sont plus petits, plus superficiels et moins infiltrés. (« Folliculites miliaries » de Thibierge et « Forme suppurative et pemphigoïde de tuberculose cutanée en placards à progression excentrique » d'Hallopeau.)

Les cicatrices qu'ils laissent, sont sensiblement plus petites que celles des nodules francs ; elles sont étroites, minces : si la petite papule ou pustulette ne suppure pas, il ne reste souvent à la peau qu'une simple macule brunâtre. Au contraire, si les pustulettes cohérentes se sont unies pour donner lieu à des ulcérations en surface, les cicatrices sont larges, violacées, entourées d'une aréole brunâtre.

Ajoutons qu'on peut voir, chez un même sujet, la coexistence de nodules intradermiques, de papules ou de

papulo-vésicules miliaires et de vraies pustulettes, comme dans un cas de Darier.

Nous avons dit que l'affection procédait par poussées successives et subintrantes, ou par poussées intermittentes. On peut donc trouver, chez un même malade, des lésions à tous les stades de leur évolution, et des éléments en pleine activité à côté de cicatrices. La durée totale de l'évolution d'une lésion élémentaire est d'environ un mois à six semaines. Son développement demande dix à vingt jours pour se faire ; la vésicule se forme alors en trois à quatre jours, puis se crève ; il faut environ une dizaine de jours pour que la croûte se forme et se détache, et une quinzaine pour que l'infiltrat soit résorbé et la cicatrice formée. Lorsqu'il s'agit de nodules francs, les poussées sont en général successives, composées chacune de dix à quinze éléments, évoluant ainsi jusque vers le troisième ou le quatrième mois, époque à laquelle les lésions paraissent avoir atteint leur apogée. Les poussées deviennent alors moins abondantes, plus espacées, et vers le dixième mois à peu près l'affection a disparu. Dans d'autres cas on observe des poussées intermittentes, qui durent en moyenne de six semaines à quatre mois.

Lorsqu'il s'agit de nodules miliaires, de pustulettes, l'éruption apparaît et se dissémine en général plus rapidement. Tantôt on observe une poussée d'un grand nombre d'éléments, envahissant à la fois tout un segment de membre, tantôt plusieurs petites poussées successives, se suivant presque de jour en jour.

Haury distingue, au point de vue de l'évolution, un type à poussées continues, subintrantes ; un type rémit-

tent ; un type intermittent (ces deux derniers déjà signalés par Beauprez) et un type irrégulier.

Le type rémittent est caractérisé par des poussées presque continuelles, mais avec exacerbations saisonnières : les poussées sont tantôt beaucoup plus fortes en hiver, tantôt elles s'exaspèrent en été et par les grandes chaleurs.

Dans le type intermittent, les lésions peuvent être simplement annuelles et apparaître alors toujours à la même époque, tantôt en hiver, tantôt au printemps, tantôt à l'automne. Elles peuvent aussi se montrer deux fois par an, au printemps et à l'automne par exemple. Dans un cas de Beauprez, l'éruption avait régulièrement lieu tous les deux ans, en hiver, depuis dix ans. Dans un cas personnel, une malade présentait depuis six ans une poussée régulièrement chaque année, soit au printemps, soit à l'automne.

Les lésions sont en somme remarquablement chroniques : l'affection évolue très lentement et dure des années : 5 ans dans un cas de Darier, 10 ans dans un cas de Barthélemy, 27 ans d'après une observation de Thibierge.

Nous compléterons ce résumé clinique de l'affection, en signalant l'absence à peu près complète de symptômes subjectifs. Les lésions sont en effet remarquablement indolentes. On observe parfois au début un léger prurit, très rarement de vives démangeaisons. C'est souvent en se palpant, que les malades s'aperçoivent de nodules durs, siégeant dans la peau. Dans un seul cas, observé par Barthélemy, la douleur fut vraiment forte.

Les symptômes généraux font complètement défaut ;

l'éruption est absolument apyrétique, sauf lorsqu'elle s'accompagne de complications infectieuses.

Anatomie pathologique.

Le début du processus se fait dans les régions profondes du derme, ou dans les régions superficielles de l'hypoderme. Schématiquement, elles sont constituées par des nodules, formés de lymphocytes et de cellules fixes ; dans certains de ces nodules, les plus volumineux, il se produit des altérations dégénératives profondes, aboutissant à la formation d'amas granuleux ou même de véritables foyers caséeux. Autour des vaisseaux, on trouve des amas constitués également de lymphocytes et de cellules conjonctives. L'examen des lésions, lorsqu'elles ont abouti à l'épiderme et à la suppuration, permet de constater la présence d'une masse nodulaire, formée d'un grand nombre de cellules embryonnaires très serrées, tapissant une loge dans l'intérieur de laquelle se trouvent des leucocytes et du pus. Mais dans ce cas, ce qui domine, c'est l'infection surajoutée, par suite de l'ouverture à la peau. Les lésions qu'il est intéressant d'étudier, qu'il est utile de suivre, parce qu'elles peuvent nous donner des renseignements sur la vraie nature de l'affection, ce sont les lésions du derme profond et de l'hypoderme, celles du début.

Déjà, en 1891, dans le mémoire de Barthélemy sur l'acnitis, les résultats des examens pratiqués par Darier, par Jacquet, sont à retenir et présentent un intérêt con-

sidérable. Le premier de ces auteurs avait observé la présence d'un tissu de nouvelle formation, infiltré dans le derme autour d'un follicule pileux : il était composé de cellules rondes, lymphoïdes ou embryonnaires, de cellules épithélioïdes, enfin de cellules géantes de toutes dimensions, les unes typiques, avec couronne de noyaux et centre caséeux, d'autres plus petites et semblables aux cellules épithélioïdes. Les unes et les autres étaient très nombreuses et formaient de véritables amas, uniquement composés de cellules géantes. Les éléments avaient une tendance à se grouper en follicules et l'on comprenait que le gros nodule était lui-même formé de follicules agglomérés.

Jacquet avait trouvé, dans le derme profond, un foyer néoplasique, entouré de cellules lymphoïdes. Il notait l'infiltration autour des vaisseaux, sous forme de manchons périvasculaires ; les capillaires étaient en certains points complètement oblitérés et remplacés par un amas arrondi de cellules embryonnaires, entouré d'un manchon de cellules lymphoïdes.

Pollitzer, dans son hidradénite destructive suppurative, trouvait, l'année suivante, de petites tumeurs constituées par une agglomération de cellules rondes, de cellules épithélioïdes et de grosses masses à plusieurs noyaux, semblables à des cellules géantes. Là encore l'infiltration périvasculaire était notée, en même temps qu'une hypertrophie des cellules endothéliales des vaisseaux, pouvant aboutir à l'oblitération presque complète de leur lumière.

Dans l'acné télangiectode de Kaposi, il s'agissait encore de nodules, constitués par un tissu embryonnaire et ren-

fermant de petits amas de cellules épithélioïdes et de cellules géantes. L'infiltration cellulaire se prolongeait le long des vaisseaux.

Hallopeau et Bureau trouvaient, au cours de leur examen, les lésions suivantes : des amas cellulaires, formés par une agglomération de cellules plasmatiques et de cellules épithélioïdes ; au milieu des nodules, des vaisseaux profondément altérés, une grosse veine atteinte d'endophlébite.

Leredde, dans l'examen histologique de son granulome innominé, trouvait le début des lésions dans la région des glandes sudoripares. La zone centrale du nodule était complètement nécrosée ; à un des angles de ce nodule on rencontrait un amas de cellules épithélioïdes et une cellule géante avec une double couronne de noyaux. A quelque distance, on trouvait des cellules géantes incomplètes. Les vaisseaux étaient entourés de cellules fixes et de nombreux lymphocytes ; ils étaient eux-mêmes très altérés, leur paroi infiltrée de cellules ou même nécrosées, et leur calibre rétréci.

Dans un autre examen d'Hallopeau et Bureau, portant sur leur cas publié sous le nom de tuberculides acnéiformes et nécrotiques, l'examen biopsique montrait le début des lésions autour d'un follicule pilo-sébacé et formant un nodule constitué par des lymphocytes et des cellules plus volumineuses, à gros noyaux ; à la périphérie, on constatait un grand nombre de cellules géantes, très caractéristiques. Un second point biopsié présentait l'aspect typique d'un nodule tuberculeux : partie centrale caséifiée ; tout autour plusieurs cellules géantes

très caractéristiques, puis une zone de cellules épithélioïdes et enfin en dehors une infiltration de lymphocytes.

Citons encore le cas de Malherbe et Monnier, où l'on trouvait des traînées de cellules rondes le long des vaisseaux, des amas plus ou moins irréguliers au niveau des glandes sudoripares, et dans deux de ces amas on constatait une cellule géante.

La présence de cellules géantes et de cellules épithélioïdes dans les lésions est, on le voit, assez fréquente. Les auteurs qui avaient considéré l'affection comme une hidrosadénite avaient voulu expliquer la formation de cellules géantes et épithélioïdes, par des altérations de l'épithélium glandulaire. Mais depuis les recherches de Leredde, il est admis que les lésions des vaisseaux précèdent celles des glandes et qu'il ne s'agit en aucune manière d'une idrosadénite.

En résumé, les lésions consistent en nodules formés de lymphocytes, de cellules fixes, de cellules épithélioïdes, et contenant très souvent des cellules géantes. Leur structure est donc très voisine des nodules tuberculeux typiques. Ils sont situés profondément dans le derme, souvent autour d'un follicule pilo-sébacé ou d'une glande sudoripare. Il existe en même temps une infiltration lymphocytaire autour des vaisseaux du derme ; la paroi de ces derniers est assez profondément altérée, par thrombose, nécrose ou par simple rétrécissement de la lumière vasculaire.

La recherche des bacilles de Koch a toujours été négative, sauf dans un cas de MacLeod et Ormsby, qui ont trouvé de vrais bacilles de Koch, au centre de follicules

tuberculeux typiques. D'autre part, Jadassohn et Finger, expérimentant l'action de la tuberculine, ont eu des résultats positifs dans des cas d'acné télangiectodes de Kaposi, qui correspond, nous avons déjà eu l'occasion de le dire, à l'ancien groupe acnitis, c'est-à-dire rentre dans notre tuberculose atypique nodulaire, à forme papulo-nécrotique.

Nous ne reviendrons pas ici sur les considérations que nous avons développées dans notre premier chapitre et qui, pour nous, font de ce groupe des manifestations de nature vraiment tuberculeuse. La liste des examens histologiques où des cellules géantes ont été trouvées, liste que nous venons de résumer, ne peut que confirmer cette opinion.

Faisons remarquer pour terminer, avec Haury, l'identité absolue qui existe entre les lésions que nous venons de décrire et celles du lupus érythémateux. Les cas sans cellule géante ressemblent tout à fait à ceux du lupus érythémateux simple, tandis que ceux qui comportent des cellules géantes correspondent absolument au lupus érythémato-tuberculeux. Les rapports de tuberculide à tuberculide existent donc non seulement au point de vue clinique, mais encore au point de vue histologique.

Observations.

OBSERVATION I (Personnelle).

Tuberculose atypique à forme nodulaire agminée du visage (ancien type acnitis).

M^{lle} Mart..., 16 ans.

Le début des lésions remonte à deux ans et demi. Il se fit au niveau du menton et du front, sous forme de petits boutons disséminés, au dire de la malade. Deux ou trois mois plus tard, des boutons semblables apparaissaient sur le nez, sur les joues et sur le front. Après quelques mois, pendant lesquels les lésions étaient restées stationnaires et avaient même paru entrer en régression, il se fit une nouvelle poussée, suivie de nouveau d'une période d'accalmie. Une dernière poussée a eu lieu il y a deux mois.

La malade, qui est étrangère, vint consulter à Paris, où l'on porta le diagnostic de « lupus tuberculo-gommeux ». Elle fut ensuite montrée à un des maîtres de l'école syphiligraphique française, qui pensa à une syphilis probable. Sur ses indications on procéda à 6 injections de calomel dont 2 à 5 centigrammes et 4 à 10 centigrammes. On n'observa, à la suite de ce traitement, aucune modification appréciable.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien d'intéressant. La mère est vivante et en bonne santé. Le père est vivant, tabétique, à la suite d'une syphilis ancienne. *Une sœur de la mère serait morte tuberculeuse.*

La malade a toujours eu une bonne santé; jamais d'affection des voies respiratoires. Ne tousse pas.

Elle a eu des ganglions cervicaux et sous-maxillaires dans son enfance, jusque vers 13 ans; aucun n'a suppuré. On n'en trouve plus actuellement.

Elle n'a jamais eu d'engelures jusqu'à l'année dernière; mais à cette époque, *coïncidant avec l'apparition des lésions cutanées de la face, apparurent des engelures au niveau des mains.*

État cutané. — Les lésions du menton et du front ont disparu spontanément; on ne trouve plus sur chacun de ces points que deux ou trois cicatrices minuscules, en surface.

Les lésions actuelles occupent la moitié inférieure de la face dorsale et des faces latérales du nez. Du côté droit, elles remontent jusqu'au niveau de l'angle interne de l'œil. Elles occupent également les sillons naso-géniens et les parties avoisinantes des

joues ; du côté droit elles s'étendent plus loin sur les joues et remontent presque jusqu'en dessous de l'œil.

L'aspect des lésions des joues est tout à fait spécial : on voit, parsemées sur une zone de couleur rouge violacé, diffuse, sans limites nettes, de petits nodules saillants, les uns de la grosseur d'un grain de millet, d'autres gros comme une lentille. Les uns sont recouverts d'une petite croûte jaunâtre, mince ; d'autres, plus petits, présentent, à leur partie centrale, une petite pustule blanche. Au milieu de ces petits nodules, on trouve quelques petites pustulottes pleines de pus. A la loupe, la peau apparaît entre les nodules, épaissie, chagrinée.

Au toucher (qui est absolument indolore), on a la sensation d'une infiltration très inégale : superficielle sur le pourtour des lésions et entre les nodules, tandis que les nodules eux-mêmes s'enfoncent très profondément dans le derme, formant sous la peau de petites masses dures, résistantes.

L'aspect sur le nez n'est pas tout à fait le même : les lésions y ont l'aspect plus homogène. Le nez a sensiblement augmenté de volume au niveau des parties malades ; il est rouge violacé foncé. Les lésions forment une nappe plus épaisse, plus uniforme que sur les joues et on n'y observe plus de vrais nodules isolés, mais plutôt des sortes de papules, rappelant l'aspect des nodules de la joue, mais se détachant à peine du fonds violacé, épaissi. On observe également de petites pustulottes blanches, pleines de pus.

En somme, sur les joues on aperçoit des nodules agminés, au nombre d'une vingtaine de chaque côté, mais bien distincts, se détachant nettement ; tandis que sur le nez l'infiltration forme une masse plus épaisse, plus diffuse.

Les limites, sur le nez, ne sont pas très distinctes non plus, comme au niveau des joues.

A la partie supérieure, on aperçoit, au-dessus des lésions, une zone dans laquelle on remarque quelques petits points rougeâtres, et, à la loupe, quelques capillaires dilatés.

Le malade se refusa à toute biopsie. Elle n'était du reste pas

nécessaire pour confirmer le diagnostic, l'aspect des lésions, la présence des nodules caractéristiques, enchâssés profondément dans le derme, l'évolution par poussées, suffisaient pour affirmer qu'il s'agissait bien de tuberculides nodulaires.

OBSERVATION II (Personnelle).

Tuberculose atypique à forme nodulaire des mains (ancien type folliculis).

M^{lle} Lu..., 26 ans.

La malade vient consulter pour une affection qui date de six ans. Il se produisit à cette époque, au début de l'hiver, une éruption de petits nodules siégeant sur la face dorsale des doigts des deux mains et de préférence au niveau des articulations des phalanges. Quelques-uns aboutirent à la suppuration ; la plupart disparurent spontanément sans laisser de cicatrices. L'année suivante, la malade eut, à la même époque, une poussée semblable. Depuis, la malade a eu régulièrement une poussée chaque année, soit au printemps, soit à l'automne ; dans l'intervalle l'état de ses mains est absolument normal. Chaque poussée dure environ deux mois.

La malade a une bonne santé habituelle. Elle ne tousse pas. On ne trouve rien d'anormal à l'auscultation.

Elle a eu des *adénopathies cervicales* dans son enfance. Pas de ganglions actuellement. Pas d'engelures.

Le père est mort de la rupture d'un anévrisme. La mère est vivante, en bonne santé. *Une sœur tousse, est « délicate de la poitrine ».*

État cutané actuel. — On trouve, disséminées sur la face dorsale des doigts des deux mains, des lésions en activité et des cicatrices de lésions anciennes. Ces dernières se présentent sous forme de petites zones atrophiques, légèrement déprimées, sans pigmentation à leur périphérie. Elles proviennent soit de nodules suppurés, soit de nodules ayant disparu spontanément, sans

s'être ouverts à la peau. La résorption spontanée est du reste la tendance habituelle.

Les lésions en activité présentent deux types différents. On constate d'une part la présence de petits nodules, de la grosseur d'un grain de blé ou d'un gros grain de plomb, quelques-uns ayant simplement le volume d'une tête d'épingle. La peau n'est pas franchement rouge à leur niveau, mais violacée, assez pâle. Leur consistance est très ferme ; quelques-uns sont cependant un peu moins durs et si on les pique on donne issue à une toute petite goutte de pus. La plupart sont recouverts par une couche cornée épaisse, qui se dessèche et qui explique leur ouverture difficile ou l'absence fréquente d'ouverture. Au toucher, on sent que ces nodules s'enfoncent profondément sous la peau.

A côté de ces nodules on observe des lésions d'un tout autre type. Ce sont des taches arrondies, ayant les dimensions d'un petit pois, de couleur rouge violacé, assez sombre. Elles ne font pas une saillie nette ; cependant on s'aperçoit au toucher qu'il y a une infiltration et une induration très nettes à leur niveau. Quelques-unes ont même une surface légèrement déprimée et l'on peut constater un épaississement irrégulier de la couche cornée à leur niveau. Les lésions se rapprochent en ce cas du type lupus érythémateux à nodules isolés ou disséminés.

On trouve en outre, sur une grande partie de la face dorsale des doigts, des cicatricules correspondant à des lésions anciennes et de petits nodules très durs, avec cicatrices ponctuées centrales, déprimées, qui proviennent soit des petits abcès que nous avons décrits, soit des nodules érythémateux avec hyperkératose qui ont été signalés.

Examen histologique. — La biopsie fut pratiquée au niveau d'une saillie érythémateuse de date récente, sans suppuration, à la face dorsale d'un doigt de la main gauche.

L'examen histologique révéla les lésions suivantes :

On note au niveau de l'épiderme une hyperkératose très marquée ; la couche cornée est sensiblement deux fois plus épaisse qu'elle ne l'est au niveau de l'épiderme normal des doigts. La

granuleuse est également épaissie; elle est formée de trois à quatre couches de cellules chargées de kératohyaline. Le corps muqueux paraît normal.

Les lésions dermiques sont sensiblement plus importantes. On constate une infiltration diffuse formée de lymphocytes, disséminés dans le réseau conjonctif du derme; les cellules fixes sont beaucoup plus abondantes que normalement. Cette infiltration devient plus dense par endroits et forme de petits nodules composés de lymphocytes et de cellules conjonctives. Nulle part on ne peut colorer de plasmazellen.

L'infiltration se retrouve, très marquée, autour des vaisseaux, auxquels elle forme des manchons; une veine, qu'on peut suivre sur une partie de son trajet, apparaît infiltrée de lymphocytes et forme ainsi un véritable amas cellulaire qui traverse une partie de la préparation. Les parois vasculaires sont elles-mêmes altérées; elles sont épaissies d'une façon notable, témoignant de phénomènes d'endartérite et de phlébite.

Nulle part on ne peut trouver de cellules géantes.

Ces lésions se rapprochent beaucoup, on le voit, de celles du lupus érythémateux.

L'aspect des lésions, la présence de nodules infiltrés, siégeant profondément dans le derme, l'évolution par poussées, depuis six ans, se reproduisant périodiquement aux mêmes époques, enfin les lésions histologiques que nous venons de résumer, tout cet ensemble permet d'affirmer qu'il s'agit bien de tuberculose nodulaire atypique, correspondant au type décrit jusqu'ici sous le nom de folliclis.

Faisons remarquer encore un point intéressant, c'est l'association de tuberculose nodulaire et de lésions en nappes minuscules, il est vrai, mais de type lupus érythémateux.

Il s'agit là d'une de ces associations, d'une de ces formes de passage, fréquentes entre les différents types de tuberculose atypique.

OBSERVATION III (Personnelle).

Tuberculose atypique à forme nodulaire généralisée.

M. Guin..., 56 ans.

Les lésions que présente le malade datent d'un an. Elles commencèrent par la formation, sous l'aisselle gauche, d'un nodule volumineux, ayant les dimensions d'un gros pois, mobile avec la peau, mais franchement sous-cutané, qui persista pendant six semaines, s'ouvrit et donna quelques gouttes de pus, puis se résorba en laissant une cicatrice. Quelque temps après apparurent des éléments semblables, disséminés un peu partout sur le corps : aux bras, sur le tronc, aux cuisses. Depuis cette époque il n'a pas cessé d'apparaître de nouveaux éléments, survenant par petites poussées de trois à quatre éléments à la fois ; ils sont de la grosseur d'une lentille ou d'un petit pois et évoluent en un mois et demi à deux mois, donnant chacun une ou deux gouttes de pus, puis disparaissant et laissant une cicatrice.

Le malade présente des antécédents intéressants. *Son père est mort tuberculeux.*

Lui-même fit, sur la cuisse, à l'âge de 16 ans, une chute violente. Depuis cette époque il souffrit toujours de douleurs dans la hanche ; il se produisit peu à peu un raccourcissement de la jambe. En 1894 les douleurs devinrent intolérables ; le malade fut soigné pour un rhumatisme. Enfin, quelques mois après, la suppuration s'établit ; il se forma de nombreux abcès fistuleux, tout autour de la hanche, abcès que l'on peut encore constater aujourd'hui, imposant ainsi le diagnostic de *coxalgie*. En 1897, le malade eut une *pleurésie gauche*, suivie d'une longue convalescence et d'une période de grand affaiblissement.

État cutané actuel. — Les lésions cutanées correspondent à deux types bien différents. Les lésions principales consistent en éléments nodulaires, dont on ne peut trouver aucun actuellement à la période de début. Le malade dit qu'ils commencent par de

la rougeur et une certaine induration ; plus tard leur centre se nécrose et donne issue à un peu de pus.

Une lésion qui siège sur le bras droit et qui est biopsiée se présente sous forme d'une saillie légère, dont la partie centrale est pustuleuse.

La périphérie est rouge violacé, coloration qui va en se dégradant insensiblement. Les caractères sont intermédiaires à ceux d'une grosse lésion d'acné ou d'un petit furoncle. Mais l'indolence est complète. Cette lésion reste dans cet état depuis un mois. En l'ouvrant on constate qu'il vient plus de pus qu'on n'aurait pu en juger extérieurement. Le pus semble venir de la profondeur.

Sur la face externe de la jambe droite, on note la présence d'un autre de ces nodules en activité. Celui-ci date de trois mois. Il est remarquable par ses dimensions, qui sont celles d'une pièce de deux francs. Il est entouré d'une auréole inflammatoire assez large.

Ces lésions nodulaires se transforment peu à peu, de la manière suivante : on constate, en beaucoup plus grand nombre, sur le corps, correspondant aux lésions anciennes, des saillies allongées, irrégulières, de couleur violacée. Leur surface elle-même est très inégale ; l'aspect est absolument celui que pourraient donner de petits abcès froids s'étant cicatrisés irrégulièrement et ayant laissé une infiltration persistante. Il y a même une certaine induration, mais non comparable à celle d'une chéloïde.

D'autre part on constate des lésions de type tout différent, à la partie inférieure et externe de la jambe gauche. Ce sont des taches paraissant superficielles, ayant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, de couleur rouge violacé ; elles sont limitées par une fine collerette épidermique, groupées et partiellement confluentes, irrégulièrement squameuses à leur surface. Au toucher on est frappé de la sécheresse de la peau à ce niveau, et l'on sent une infiltration modérée. La pression modifie la coloration, qui apparaît jaunâtre.

En dehors de ces taches, il en existe également de très petites,

miliaires, paraissant avoir pour centre un follicule pileux ; rarement elles sont isolées ; en général elles se groupent en petits foyers, et il y a toutes les transitions entre ceux-ci et les taches étendues qui viennent d'être décrites.

Le malade a été traité avant que nous l'ayons vu comme syphilitique et a suivi sans succès un traitement mercuriel.

Examen histologique. — Biopsie du bras. — Le fragment biopsié formait la moitié environ d'un des nodules en activité, dont la partie centrale était pustuleuse.

L'aspect des lésions varie considérablement d'un côté à l'autre des coupes. Un des côtés de la biopsie correspond en effet au minuscule cratère creusé au centre du nodule tandis que l'autre est en rapport avec le bord du nodule.

Du côté qui répond à l'ulcération, les lésions sont masquées par la suppuration et la réaction qu'elle a provoquée : on trouve une nappé épaisse de polynucléaires, de globules hyalins, de globules blancs en dégénérescence, des amas caséeux. Toutes ces lésions vont en diminuant au fur et à mesure qu'on s'éloigne du foyer de suppuration. A l'autre bout de la préparation on observe l'état suivant : la congestion du derme est encore assez prononcée et l'on trouve encore quelques rares polynucléaires disséminés, mais à la partie inférieure de la coupe, vers l'union du derme et de l'hypoderme, on trouve un nodule caséeux, arrondi, sans noyaux ni cellules épithélioïdes autour de lui ; il est entouré de lymphocytes et paraît correspondre à une veine nécrosée. Un peu au-dessus, on trouve une petite artère qui présente des lésions d'artérite nette. Disséminée dans le derme, ne formant pas de nodules nets, mais plus compacte autour des vaisseaux, on trouve une infiltration formée de lymphocytes.

Recherche des bacilles négative.

Biopsie de la jambe. — Les lésions épidermiques n'existent pour ainsi dire pas. La couche cornée est assez mince ; elle paraît s'exfolier ; il existe par places un plan de clivage très net entre elle et la couche granuleuse. Celle-ci est normale, formée par deux à trois couches de cellules à éléidine.

Le corps de Malpighi est absolument normal. Ses cellules sont régulières, se colorent bien; sa basale dessine des papilles régulières, assez hautes.

Les lésions du derme sont très nettes. Elles varient suivant que l'on considère la couche papillaire ou la couche profonde. Dans les papilles on trouve des lésions vasculaires prononcées; elles consistent principalement en dilatations très accentuées, formant par places de véritables lacs sanguins, analogues à ceux que l'on observe dans les lésions de l'angiokératome. Autour de ces vaisseaux on trouve une infiltration cellulaire assez marquée, composée de cellules fixes, conjonctives et de cellules rondes.

Dans les couches moyenne et profonde du derme, les lésions sont uniquement vasculaires et périvasculaires. L'infiltration forme, autour des vaisseaux, des manchons assez épais. Une veine importante, que l'on peut suivre sur une partie de son trajet, traverse toute la partie inférieure de la préparation. L'infiltration a envahi ses parois qui sont en même temps épaissies.

Dans la région des glandes sudoripares, quelques petites veinules sont à peine reconnaissables; on ne peut les distinguer que par la disposition rayonnée de l'infiltrat. Leur centre est occupé par des cellules grandes, claires, d'aspect épithélioïde. On a l'impression d'assister à l'ébauche de cellules géantes. On ne peut cependant trouver un de ces éléments en aucun point des préparations.

L'infiltrat est composé uniquement de lymphocytes et de cellules conjonctives. On ne trouve nulle part de plasmazellen.

Inoculation au cobaye et recherche des bacilles négatives.

OBSERVATION IV (Personnelle).

Tuberculose atypique nodulaire à petits éléments du visage, des mains et des coudes (ancien type folliculis).

M^{lle} Gui..., 18 ans.

Antécédents et état général. — La mère de la malade est morte de péritonite, au cours d'une grossesse. — Le père est diabétique, a eu récemment une hémiplegie. — Un oncle tousse beaucoup et a depuis quelques années une « affection de la poitrine ».

La patiente n'a jamais été malade. Elle a eu *des adénopathies cervicales dans l'enfance*. Elle a une bonne santé habituelle. Ne tousse pas. — Voix habituellement voilée.

Depuis deux à trois ans, engelures des pieds tous les hivers.

On trouve actuellement plusieurs ganglions cervicaux.

Lésions cutanées. — Les lésions ont débuté, il y a deux ans, sur la figure, sous forme de boutons, semblables à des boutons d'acné. Ils ont guéri deux à trois mois plus tard, mais peu après de nouveaux boutons apparaissaient. Depuis l'année dernière il s'en forme à peu près constamment ; ils surviennent par petites poussées de quatre à cinq éléments à la fois. L'hiver dernier, des boutons semblables ont commencé à apparaître sur les mains et sur les coudes.

Actuellement les lésions sont disséminées à la face, sur le nez et les deux joues, mais avec prédominance marquée du côté gauche, où les éléments sont beaucoup plus nombreux ; les lésions sont irrégulièrement distribuées et s'étendent, des deux côtés, presque jusqu'au-devant des oreilles. Elles sont constituées par de petits nodules de la grosseur d'un grain de blé en moyenne. Ces saillies sont aplaties, résistantes au doigt, de couleur rouge sombre ; leur surface est plate, déprimée en quelques points ; sur certaines d'entre elles, l'épiderme qui les recouvre est lisse ; sur d'autres on voit comme une ébauche de vésiculation : l'épiderme paraît légèrement décollé. Aucune d'entre elles ne présente de squames ou de croûte à leur surface. Au toucher, on sent, au niveau de chaque nodule, qu'il s'enfonce profondément sous la peau, formant une petite saillie résistante.

Ces éléments sont au nombre d'une vingtaine du côté gauche, d'une dizaine environ du côté droit.

Entre les lésions en activité on trouve de petites cicatrices déprimées, arrondies, à bord assez net, sans pigmentation à leur

périphérie, semblables à des cicatrices de variole, mais de configuration plus régulière.

Dans l'intervalle, la peau apparaît complètement normale, sans rougeur, sans état séborrhéique.

Sur les mains, on observe des lésions de même ordre ; elles siègent à la face dorsale et de préférence au niveau des articulations interphalangiennes. Les éléments sont ici plus volumineux et moins nombreux : cinq à six sur chaque main ; ils forment des nodules peu saillants, mais profondément enfoncés dans le derme ; aucun ne présente de suppuration.

On observe des lésions identiques sur les coudes, au niveau de la face d'extension ; on trouve deux nodules du côté droit et quatre du côté gauche.

Le reste du corps ne présente rien à signaler. Dans le cuir chevelu on trouve de petites taches alopéciques, ayant les dimensions d'un pois, blanches ou rougeâtres, d'aspect cicatriciel, isolées les unes des autres ou en contact.

Rien sur les muqueuses.

La malade revue quatre mois plus tard présentait à ce moment un *état général défectueux*, avec un peu d'*amaigrissement*. L'*adénopathie cervicale persistait*. Certaines des lésions de la face avaient disparu ; quelques autres, nouvelles, avaient apparu.

L'auscultation révéla une *légère submatité au niveau de la fosse sous-claviculaire gauche*, et du même côté une *inspiration un peu saccadée, rugueuse et une expiration prolongée*.

La malade refusa de laisser pratiquer une biopsie. Elle nous paraissait du reste superflue.

L'aspect des lésions permet de les différencier de l'acné et ne peut les faire assimiler à aucun autre type que celui des tuberculides ; ajoutons l'évolution par petites poussées, la dissémination à la face, aux mains et aux coudes, l'état général de la malade, les résultats de l'auscultation ; il est impossible devant cet ensemble de faits de faire un autre diagnostic que celui de tuberculide nodulaire, correspondant à l'ancien type folliculid.

OBSERVATION V. — POLITZER.

Hydrosadénite destructive suppurante. — *Journal of Cutaneous and genito-urin. diseases*, n° 1 janvier 1892, p. 9.

Affection cutanée datant de 4 mois, apparue sans cause appréciable, et s'étant à peine modifiée depuis son début. Homme bien portant; sans aucun antécédent héréditaire; n'ayant jamais eu aucune affection cutanée.

L'éruption occupe la face et le cou, et ses éléments se présentent aux différentes phases de leur développement. Ce sont :

1° De petites nodosités saillantes, du volume d'un pois, rougeâtres avec le centre plus ou moins coloré en jaune, comme si elles contenaient du pus; sur d'autres, la couche cornée est fendillée, et l'épiderme se desquame en couches concentriques;

2° De petites croûtes décolorées au centre des points où ont existé les nodules;

3° Des cicatrices arrondies, légèrement déprimées, décolorées par places et atteignant 1 centimètre de diamètre.

On peut également reconnaître qu'il existe dans la partie profonde du derme ou dans la couche sous-cutanée de semblables nodosités, roulant librement sous le doigt, indolores et ne donnant lieu à aucun phénomène.

Une observation de plusieurs semaines montra l'évolution complète de ces lésions. C'est au début un nodule sous-cutané occupant la profondeur du derme, dont la superficie ne présente aucune altération; en quinze jours environ, ce nodule atteint le volume d'un pois et forme une saillie à la surface de la peau, qui rougit, devient un peu douloureuse, puis peu à peu se fendille, envahie alors dans toute son épaisseur.

A ce moment, l'incision laisse sortir quelques gouttes de pus, et l'affection rétrograde. Abandonnée à elle-même, cette petite tumeur ne tarde pas à s'ouvrir spontanément, et le pus peut former, en se desséchant, une croûte très adhérente, qui se dé-

tache spontanément au bout de quelques jours, la place restant à ce niveau d'un rouge plus ou moins foncé, avec une légère dépression qui persiste.

Cette évolution est complète en quatre semaines environ. Dans quelques points, plusieurs de ces nodules voisins s'unissent les uns aux autres, formant une tumeur beaucoup plus volumineuse.

Parfois les nodules profonds s'arrêtent dans leur développement, sans aller jusqu'à la suppuration, et peuvent persister ainsi très longtemps.

Chez ce malade, le plus grand nombre de ces tumeurs occupent la partie supérieure du cou, au-dessous du menton, et de chaque côté, au niveau de la branche horizontale de la mâchoire. Toute cette région est recouverte de poils abondants mais n'ayant aucune relation avec ces petites tumeurs. Ils repoussent aussi nombreux dans les points où existent des cicatrices.

Cette éruption se fait par poussées d'une douzaine environ, à des intervalles variables et après 4 ou 5 mois, l'affection semble avoir atteint son maximum d'intensité. Depuis, les poussées sont moins abondantes et se font à de plus larges intervalles.

A aucun moment il n'a existé d'engorgement des ganglions lymphatiques voisins. Pas d'élévation de température. Aucun élément anormal dans l'urine.

Examen anatomo-pathologique. — Deux des nodules furent enlevés à des périodes différentes d'évolution et examinés après inclusion dans la celloïdine et la paraffine. Les lésions étaient les mêmes dans les deux cas, seulement un peu plus avancées dans le second. Chacun de ces nodules est formé par l'accumulation d'une masse de cellules de deux ordres : de petites cellules rondes, et de volumineuses cellules à plusieurs noyaux, ressemblant à des cellules géantes. Les petites cellules rondes sont distribuées dans toute la tumeur, plus denses seulement à la périphérie ; les grandes cellules, cellules épithélioïdes, siègent dans différents points de la tumeur, réunies toujours en groupes de 10, 20 ou plus, séparées les unes des autres par les cellules rondes infiltrées en nappes.

Ces grandes cellules ont de 2 à 5 noyaux, leurs formes variables prennent insensiblement l'aspect des cellules géantes.

Les vaisseaux sanguins peuvent se rencontrer dans toutes les parties de la tumeur, leur endothélium est déformé, les cellules augmentées de volume oblitérent complètement la lumière des capillaires au centre de la tumeur.

Les follicules pileux et les glandes sébacées, parfois refoulés, sont cependant normaux.

Au voisinage de la tumeur les glandes sudoripares présentent des changements particuliers: gonflement de l'épithélium du conduit excréteur, oblitération de ce conduit, les contours des cellules deviennent obscurs, les noyaux prennent mal les matières colorantes.

Dans d'autres, les lésions sont plus avancées: il existe une infiltration de cellules rondes tout autour de la glande, entre ses différentes parties le tissu cellulaire a proliféré, l'épithélium gonflé a complètement oblitéré la glande, ses contours ont disparu, et l'épithélium ne forme plus que des masses irrégulières, reconnaissables encore à la faible coloration que prennent les noyaux. La glande a perdu toute structure, et ce n'est qu'au moyen de coupes nombreuses et orientées dans plusieurs directions que l'on parvient à reconnaître la nature glandulaire de ces amas cellulaires.

Deux points à déterminer: quel est le siège de la lésion; quelle est l'origine de ces grandes cellules. Il paraît évident que les glandes sudoripares en sont le siège et que ces grandes cellules proviennent de l'épithélium glandulaire modifié dans sa forme et dans ses rapports. Les recherches bactériologiques n'ont rien montré d'intéressant, les cultures ne renfermaient que du staphylococcus pyogenes ou du micrococcus prodigiosus.

OBSERVATION VI. — W. DUBREUILH.

Hydrosadénite suppurative disséminée. Annales de Dermatologie, 1892.

Jeune fille de 20 ans, chez qui l'affection a débuté à l'âge de

7 ans et a toujours persisté depuis. Les lésions ont apparu d'abord aux mains et aux pieds, depuis deux ans la face est atteinte à son tour. La lésion éruptive considérée isolément débute par un petit nodule profond, de la grosseur d'une tête d'épingle à un grain de mil, qui est peu ou pas visible, mais dont on reconnaît la présence à la palpation. Ce nodule est profondément intradermique, il n'est pas mobile sous la peau, mais on sent qu'il est situé dans la partie profonde du derme.

Peu à peu ce nodule grossit, atteint la surface et produit une papule rouge, saillante, siégeant sur une induration profonde. Au bout d'une quinzaine de jours, le nodule est devenu douloureux et a donné naissance à une pustule profondément enchâssée dans le derme, ou plutôt à un petit abcès; celui-ci s'ouvre à l'extérieur, forme une croûte et guérit en laissant une cicatrice arrondie dont le diamètre varie de deux millimètres (main) à deux centimètres (coude, genou). L'évolution totale a duré environ un mois.

L'éruption ne se fait pas par poussées, elle est continue; tous les jours surviennent de nouvelles lésions qui évoluent chacune pour son compte. L'éruption est plus abondante au printemps et à la période menstruelle, mais jamais elle ne s'est complètement arrêtée.

Les lésions ne sont jamais groupées; elles apparaissent isolément, et si, par places, les cicatrices sont confluentes, la confluence est successive et non simultanée. Elles siègent un peu partout avec certains points de prédilection, on en trouve à la face où elles ressemblent beaucoup à des pustules et à des cicatrices d'acné, aux oreilles qui sont comme rongées sur leurs bords libres. Il en est de même sur le dos où les lésions, assez nombreuses, ne sauraient être nettement distinguées de l'acné. Quelques cicatrices sont disséminées entre les seins et au-dessous, sur la surface du sein droit; dans la région lombaire elles sont nombreuses; mais il y a longtemps qu'il n'y a pas eu de lésions nouvelles sur le tronc; de sorte que les cicatrices sont toutes blanches. Aux membres supérieurs, l'éruption est

surtout abondante aux mains et aux doigts (face palmaire et dorsale) et aux coudes; l'avant-bras, surtout en arrière et sur les bords, présente un grand nombre de lésions; les plis du coude et les bras sont à peu près complètement respectés.

Sur les membres inférieurs, l'éruption est surtout abondante aux fesses et aux genoux, qui sont criblés de cicatrices larges et parfois confluentes; à la face externe des cuisses, sur les jambes, elles deviennent très abondantes ainsi que sur la face dorsale des pieds.

La malade se présente à nous en pleine éruption. On trouve partout un grand nombre de lésions à tous les stades de leur évolution, depuis le nodule qu'on ne sent qu'à la palpation jusqu'à la croûte près de tomber en laissant une cicatrice. Dans tous les points de prédominance, la peau est criblée de cicatrices, ce qui est surtout frappant aux mains qui sont un peu rouges, et dont la face palmaire est comme marbrée à cause du grand nombre de cicatrices blanches qui la couvrent.

Examen histologique. — L'étude microscopique a porté sur quatre lésions tout à fait jeunes, constituées par un simple nodule dur, indolent et profondément enclâssé, se traduisant à sa surface par une très petite papule rougeâtre à peine visible. Les trois premières pièces ont montré des altérations presque identiques. La lésion débute par une ou plusieurs glandes sudoripares groupées et s'étend ensuite de proche en proche aux glandes les plus voisines, de façon cependant que les glomérules centraux sont les plus atteints. Elle consiste en une infiltration de cellules embryonnaires dans le tissu interstitiel du glomérule. L'épithélium des tubes sécréteurs devient moins régulier, ses cellules se multiplient, elles cessent de former un revêtement régulier à une seule couche et obstruent la lumière du tube; bientôt on ne distingue guère le canal sécréteur que par la membrane propre qui résiste assez longtemps. Enfin tout vestige de la glande normale disparaît et le glomérule n'est plus représenté que par un amas dense de petites cellules embryonnaires, parmi lesquelles on distingue un certain nombre de *cellules d'aspect épi-*

thélioïde qui paraissent être produites par la multiplication des cellules glandulaires. Sur chacun des nodules excisés et par l'examen de la série des coupes on peut trouver tous ces différents stades.

Outre les lésions des glomérules sudoripares, on trouve encore une infiltration leucocytaire, formant des grains autour des conduits excréteurs des glomérules enflammés et s'étendant du glomérule à l'épiderme et autour des vaisseaux sanguins de la région située entre les glandes altérées et la surface.

Dans ces trois fragments on trouve, en dehors du centre, des follicules pileux qui ne présentent aucune altération. Dans le quatrième fragment excisé on trouve, au centre de la lésion, un groupe de trois poils follets. Les follicules ne sont pas altérés, mais sur les trois glandes sébacées il en est deux qui sont nettement supprimées. L'étude attentive de la série des coupes permet de constater que cette inflammation des glandes sébacées n'est que secondaire; elle est consécutive à l'inflammation d'un groupe de glandes sudoripares placées au-dessous d'elles et en contact intime avec elles. En effet, les glandes sébacées sont bien remplies de pus mais leur paroi n'est altérée qu'en un point, celui où elles sont en contact avec un foyer inflammatoire situé au-dessous d'elles. Or ce foyer paraît plus ancien et il semble que ce soit lui qui s'est ouvert dans les glandes sébacées. La situation profonde de ce foyer, sa forme, permettent d'admettre qu'il est dû à une inflammation profonde des glandes sudoripares et, sur certaines coupes, on peut y trouver des amas et des boyaux cellulaires qui sont les vestiges du tube sécréteur. Dans le voisinage, on trouve, de même que dans les autres pièces, des glomérules sudoripares enflammés à un moindre degré et des gaines d'infiltration cellulaire autour des conduits sudoripares et des vaisseaux. Ainsi donc, dans ce cas, comme dans les autres, la maladie est constituée par une infiltration des glandes sudoripares, seulement cette inflammation, propagée aux glandes sébacées, aurait pu en imposer pour de l'acnée, si l'étude attentive de la série des coupes n'avait permis d'établir la marche des phénomènes.

La recherche des microbes sur les coupes colorées par la méthode de Gram-Weigert ou de Loeffler est restée infructueuse.

OBSERVATION VII

Folliclis. Extraite du mémoire de M. BARTHÉLEMY,
sur l'*acnitis*, 1891.

Pitza, Mayer, juif polonais, 35 ans, cordonnier.

Pas d'antécédents personnels, ni héréditaires. Pas de syphilis ni d'antécédents vénériens.

Il est porteur d'une éruption spéciale qu'il est bien difficile, sinon impossible, de faire rentrer dans un des cadres actuellement connus.

L'année dernière, le malade a déjà été une fois entrevu à la consultation. Il venait demander conseil pour l'éruption en question qui avait apparu alors en une poussée plus violente, plus douloureuse, plus aiguë que d'habitude.

En effet, cette éruption procède par poussées successives, ordinairement peu aiguës, peu douloureuses, peu abondantes. Chaque éruption se compose d'une douzaine de boutons qui ne viennent d'ailleurs pas en même temps, de sorte que l'on peut étudier les divers aspects et les degrés différents de développement présentés par les éléments successifs pendant leur évolution. On voit, en effet, au milieu de cicatrices, traces de boutons anciens, des boutons récemment apparus formant des élevures qui ne peuvent être qu'une variété de folliculites.

L'éruption siège exclusivement sur les membres; on n'en voit aucun élément ni à la face, ni sur le tronc. Les membres supérieurs sont plus intéressés que les membres inférieurs. Cependant du côté gauche du tronc, en arrière, on voit un certain nombre de cicatrices blanches qui ressemblent à celles des bras, mais qui sont plus elliptiques et plus larges.

Les régions de beaucoup les plus intéressées sont les coudes

et les genoux, et, d'une manière générale, les faces d'extension plutôt que celles de flexion.

La fesse gauche, cependant, présente un certain nombre de cicatrices blanches, linéaires, réunies sur une petite surface, ressemblant assez à celles des ventouses scarifiées, quoique un peu plus larges et avec cette différence qu'elles sont disposées sans régularité.

D'ailleurs, l'aspect linéaire n'est qu'apparent et est formé par un repli de la peau; ce sont donc des vergetures cicatricielles.

Si, en effet, on vient à tendre la peau, on obtient alors une surface cicatricielle ovalaire qui, étalée, a la largeur d'une lentille ou d'un pois.

Les plis forment des lignes (2 ou 3) dont l'une, celle du milieu, est plus étendue et plus saillante (aspect gaufré), ou parsemée de 3 ou 4 petits points blancs, légèrement déprimée, comme certaines cicatrices vaccinales. D'autres enfin sont arrondies, lisses, blanches, sans strie, ni dépression ponctuée, mais sont déprimées en masse, par rapport à la peau normale et forment de petites cicatrices faites comme par un emporte-pièce, très également et très superficiellement.

Quelques folliculites, très rares, ont évolué dans les espaces interdigitaux des orteils du côté gauche. Un certain nombre de cicatrices existent à la région dorsale du tarse, notamment au niveau du cinquième métatarsien gauche. Elles affectent la disposition linéaire.

On en voit un autre groupe, au-dessous et en arrière de la malléole externe, au niveau de la face latérale du tendon d'Achille.

La région sus-malléolaire, le tiers inférieur du mollet sont complètement indemnes.

Les cicatrices reparaissent avec leur aspect spécial, leur circularité parfaite, leur superficialité, leurs bords très légèrement saillants; ces bords sont formés par un mince liséré, pigmenté à la limite de la peau saine; quelques-unes ont une pigmentation étroite, périphérique et une pigmentation ponctuée centrale, et, en effet, comme nous le dirons plus loin, un certain nombre de

lésions récentes présentent une zone rouge et enflammée ou squameuse, selon leur âge, et un centre ulcéré très profondément relativement à sa largeur (tête d'épingle); on dirait une véritable perte de substance faite par un emporte-pièce punctiforme, comme si une petite glande avait été complètement énucléée de sa loge et qu'il n'en restât plus que les parois lisses.

C'est de là évidemment que vient la pigmentation centrale de certaines cicatrices.

Le malade, dont nous étudions la maladie en 1882, avait été criblé de cicatrices blanches, ou pigmentées, ou violacées, ou rougeâtres, selon leur âge, comme s'il avait reçu un coup de fusil chargé de plomb. Les régions atteintes sont: le genou du côté gauche, la région rotulienne, la région correspondant à la tubérosité antérieure du tibia, la moitié inférieure ou antérieure de la cuisse. Il n'y a aucune trace de lésion au creux poplité. Le tiers supérieur est indemne en avant, et assez pris, au contraire, en arrière, et d'autant plus qu'on se rapproche de la fesse.

En ceinture, rien. Quelques cicatrices aux lombes; quelques-unes à l'omoplate gauche.

En avant, depuis le tiers moyen des cuisses jusqu'au vertex, il n'y a pas une seule cicatrice.

Celles-ci reparaissent au niveau de la paroi antérieure de l'aisselle. A la région deltoïdienne, on en voit un petit groupe qui sont tout à fait punctiformes, plus blanches et plus petites qu'aux jambes.

Les petites cicatrices spéciales se retrouvent, cette fois, en grand nombre, au niveau du coude. Là encore elles sont arrondies, égales, superficielles, ponctuées ou ridées, blanches ou colorées par du pigment ou par une matière colorante (brune ou violacée) du sang, suivant leur âge.

Le plus grand nombre est de l'étendue d'un pois, entre lesquelles quelques-unes, plus petites, de la dimension d'une lentille, se voient. Une seule a la largeur d'une pièce de 20 centimes. Elle est d'ailleurs aussi superficielle que les autres.

Mais c'est de beaucoup, aux avant-bras et à la face postérieure

des avant-bras, surtout aux poignets et à la face dorsale des mains, que les cicatrices sont le plus nombreuses, le plus égales, le plus arrondies. le mieux ponctuées, par un, deux, et surtout trois ou même quatre points pigmentés.

La région des avant-bras correspondant aux muscles radiaux en est réellement criblée. Le groupement de ces lésions et cicatrices et syphiloïde.

Actuellement, c'est à partir de la moitié inférieure que l'on voit des papules récentes, jeunes, soit rouges, soit squameuses.

Le dos de la main gauche, les faces dorsales des doigts (première phalange) en sont couverts. Il n'y en a, au contraire, aucune, à partir des phalanges. Chose tout à fait remarquable, il n'y en a aucune ni à la paume des mains, ni à la plante des pieds.

Elles cessent sur le bord cubital de la face dorsale, presque linéairement et au niveau des follicules pilo-sébacés.

Il n'y a rien au niveau des aisselles, pas plus qu'aux régions pileuses.

Description d'une de ces lésions jeune et récente prise comme type.

— Au début, simple tache rouge de la largeur d'un grain de millet, puis le centre blanchit.

Ce centre blanc s'élargit ensuite aux dépens de la zone rouge qui diminue. La zone blanche s'élargit sans que la totalité de la lésion augmente de dimension. A ce moment encore la lésion est dure, indolente (sorte de petit plomb). Ce centre qui blanchit ainsi n'est pas formé autour du poil; on ne voit même aucune de ces lésions qui présente un poil à son centre. La lésion n'est nullement acuminée à la manière des vésicules, elle reste aplatie comme une papule.

De blanc, le centre devient jaune: la sérosité est devenue purulente. Les dimensions de la lésion augmentent alors un peu; la zone rouge s'élargit, elle est d'un rouge vif, animé, inflammatoire. Elle est un peu douloureuse; elle n'a pas de bords bien tranchés; elle finit « en mourant ».

Puis le centre se recouvre d'une petite coûtelle jaunâtre. Un

petit pertuis infinitésimal a dû évidemment se produire et laisser sourdre une minuscule gouttelette de sérosité purulente; de là cette squame mince et jaunâtre. Le malade dit, en effet, qu'il sort de l'eau.

Si on arrache cette squame, on trouve comme un petit trou, dont cette mince croûte forme le couvercle. Ce petit trou est la petite loge dont nous avons parlé; elle contient encore un peu de sérosité crémeuse, jaunâtre. Si on l'enlève, il reste la loge vide; jamais on ne trouve de bourbillon vrai. Une fois la poche vidée, la guérison est rapide, dit le malade. Après la croûte enlevée, la poche vidée, il se reproduit presque aussitôt une nouvelle gouttelette de sérosité (« eau blanche ») limpide. Le liquide se reproduit, dit le malade, pendant plusieurs heures; mais, avons-nous dit, dès qu'une poche est vidée elle est vite guérie. En effet, dès le lendemain, elle sèche, et, quelques jours après, il ne reste plus que la cicatrice pigmentée.

Chaque élément a une évolution totale d'un mois environ, au dire du malade.

Les deux côtés du corps sont intéressés par des lésions de même nature, mais le gauche plus que le droit; il n'y a d'ailleurs rien de symétrique dans la disposition des folliculites, rien qui rappelle un trouble trophique, une lésion développée à l'occasion d'un trouble nerveux ou le long d'un trajet nerveux.

Le coude, dit le malade, a déjà été guéri trois fois. Puis il se reforme des boutons à sa surface, dans l'intervalle des cicatrices anciennes. Actuellement il y en a une vingtaine en activité; depuis trois mois il n'y en avait pas eu dans cette région.

Depuis quatre ans et demi que le malade est atteint de cette affection, il n'a jamais été huit jours sans avoir quelque folliculite. Mais la première poussée a été de beaucoup la plus abondante.

La première fois les deux membres supérieurs seulement étaient atteints; à cette époque, il a été soigné pendant 6 jours dans le service de M. Guibout. Il avait, en même temps, beaucoup de fièvre et des douleurs articulaires. Il alla mieux rapide-

ment et continua son traitement au dehors par des bains de vapeur et du bicarbonate de soude, alternant avec l'arséniate de soude.

Depuis cette époque, il n'a plus eu de fièvre ; mais nous avons vu qu'il n'a pas cessé d'avoir des boutons.

Il n'y a de ganglions nulle part et les viscères sont tous sains.

Examen histologique. — Deux de ces petites tumeurs ont été examinées ; elles étaient, à la période de début, de la dimension d'une tête d'épingle et paraissaient développées dans la profondeur du derme. Elles ont été durcies par l'alcool, coupées en séries et colorées par le carmin d'alun, le picro-carmin et le vert de méthyle.

Les coupes vues à un très faible grossissement montrent au-dessus du derme papillaire un foyer néoplasique irrégulièrement arrondi, à centre pâle, à périphérie vivement colorée par les réactifs. — On reconnaît aisément aussi, sur celles des coupes qui correspondent au plein de la tumeur, la présence de follicules pilo-sébacés. Ces follicules sont, dans les deux cas examinés, des follicules à poil à bulbe plein : dans l'un de ces cas se voit, au-dessus du poil à bulbe plein en voie d'ascension, un poil de remplacement déjà bien formé : la néoplasie s'est formée autour de ces deux poils ; — dans l'autre on ne voit que le poil à bulbe plein et, au-dessous de lui, la partie du follicule, à l'état de prolongement épithélial rétracté et irrégulièrement cylindrique.

Nous reviendrons un peu plus loin sur quelques anomalies que nous révèlera, dans le second cas, un grossissement plus puissant.

La forme des nodules n'est pas régulièrement ronde, plutôt un peu ovale, à grand diamètre, perpendiculaire à la surface cutanée ; en outre et principalement sur les coupes correspondant au centre du nodule, on voit nettement une sorte de barre à peu près transversale formant en quelque sorte la base de la néoplasie. Cette base est accentuée et soulignée par une vive

coloration sous l'influence des réactifs ; elle forme une sorte de limite nette, débordant latéralement le nodule : au-dessous d'elle les lésions cessent brusquement, et l'on ne voit que le tissu connectif de l'hypoderme, d'aspect absolument normal.

Le même grossissement permet de constater au-dessus de la tumeur l'hypertrophie du corps papillaire et celle de l'épiderme sus-jacent. Cette hypertrophie est considérable, mais ne présente aucun caractère particulier qui doive nous forcer à en parler plus longuement.

Il n'y a d'ailleurs à ce niveau aucune lésion de vésiculation, de pustulation, ni de clivage épidermique. La couche cornée y est cohérente, l'éléidine très augmentée ; la kératinisation n'a pas souffert de façon appréciable.

Revenons au nodule dermique vu avec un grossissement moyen. Il présente, avons-nous dit, une partie centrale claire, une partie périphérique colorée par les réactifs. La partie claire est formée par le tissu connectif altéré ayant perdu sa transparence, son homogénéité ordinaires : il est très légèrement granuleux ; on y retrouve quelques vaisseaux entourés de rares cellules troubles, à contours mal définis et mal colorés. Il semble que cette partie centrale ait été, à une période antérieure, le siège d'une altération plus marquée, en voie de régression. Cela se confirme par ce fait qu'en allant vers la périphérie du nodule, les lésions augmentent de netteté et d'intensité. C'est une infiltration diffuse des cellules lymphoïdes, qui s'accumule principalement autour des vaisseaux, des follicules pilo-sébacés, et des glandes sudoripares.

Autour des vaisseaux, cette infiltration se fait selon le mode ordinaire, sous forme de manchons périvasculaires autour des capillaires et des artérioles. Ceux-ci, qu'on voit surtout aux parties sous-épidermiques de la lésion, sont notablement altérés dans leur structure, et en bien des points semblent complètement oblitérés et remplacés par un petit amas arrondi de cellules embryonnaires, entouré d'un manchon de cellules lymphoïdes.

Quant aux artérioles, qu'on voit surtout aux parties latérales

et inférieures, elles ne semblent pas notablement altérées, mais sont engainées par d'épais manchons de cellules lymphoïdes vivement colorées. La plus importante de ces traînées correspond à la partie inférieure de la lésion, à la base du nodule, à laquelle nous avons déjà fait allusion. Là, en effet, se voit la coupe longitudinale d'une artériole étendue transversalement au-dessous de la néoplasie, entourée d'un épais manchon de cellules migratrices, se continuant en haut et latéralement avec la masse de la lésion. Au-dessous d'elle, au contraire, l'infiltration s'arrête brusquement, et l'on voit le tissu épidermique absolument normal. C'est autour de cette artériole, dont les parois semblent saines, que l'infiltration migratrice est le plus abondante, et que les réactifs colorants ont le plus d'énergie ; si bien qu'il semble y avoir à ce niveau une sorte de bourrelet lymphoïde, d'une coloration éclatante, et paraissant le point de l'activité maximum de la lésion.

Mais en réalité, ce n'est là qu'une apparence, et le point morbide initial n'est point là, comme on va le voir. En effet, sur la droite de la masse néoplasique, non pas à son centre, mais englobé cependant par elle, se voit un follicule pilo-sébacé dont l'infundibulum fait légèrement saillie au-dessus de la surface épidermique (cette saillie constitue la petite papulette dure, seul indice extérieur du nodule enlevé par biopsie, qu'on sentait plus aisément avec le doigt, dans la profondeur du derme). Sur la gauche du nodule se voit un autre follicule pileaire, absolument sain celui-là.

Le nodule est donc enchâssé entre deux follicules voisins, sensiblement parallèles, dont l'un, le gauche, forme sa limite immédiate sans être englobé par lui ; dont l'autre, le droit, forme son autre limite latérale, mais en faisant partie intégrante de la lésion. La petite papulette extérieure, qui correspond, comme je l'ai dit, au canal pileaire du follicule droit, ne constitue donc pas le centre de la masse néoplasique : celui-ci est profond et situé à gauche de cette papule, entre les deux follicules. Au niveau de la papule elle-même, c'est-à-dire du canal pileaire,

l'infiltration lymphoïde est peu marquée : elle l'est davantage à la partie profonde du follicule, sans être cependant aussi abondante et aussi colorée qu'autour de la « barre vasculaire » que nous avons mentionnée ci-dessus.

Mais cette infiltration ne se borne pas à englober le fond du follicule, elle s'étend en outre, comme ayant fait tache d'huile, autour de 2 ou 3 pelotons sudoripares que l'on aperçoit distinctement au-dessous et au dedans de la base du follicule, et dont l'un est intimement collé à elle. L'infiltration lymphoïde est même, si l'on en juge d'après l'éclat des réactions colorantes, plus vivace et plus récente autour des glomérules sudoripares qu'autour du follicule lui-même, où les cellules sont, pour la plupart, d'un éclat plus terne.

Le follicule pileux gauche a, lui aussi, un peloton sudoripare accolé à sa base, mais, pas plus que le follicule lui-même, n'est entouré de cellules lymphoïdes.

J'en aurai fini avec la description succincte des infiltrations et proliférations embryonnaires, quand j'aurai dit qu'elles sont très marquées autour des tronçons des canaux excréteurs sudorifères, qu'on aperçoit en divers points de la néoplasie et qui proviennent des glomérules dont je viens de parler.

J'arrive maintenant aux lésions des organes glandulaires eux-mêmes.

Au niveau du fond du follicule, la gaine épithéliale externe semble saine : mais la partie de cette gaine qui constitue le canal pileux et le corps du follicule est évidemment altérée. Cette altération, moins appréciable au canal pileux, où l'épithélium est simplement mal coloré, devient beaucoup plus nette au corps du follicule. Là, en effet, les cellules sont très mal colorées, à contours indistincts, comme vitreuses, et la masse épithéliale est fragmentée par des fissures irrégulières. Ce n'est point là un artifice de préparation, car la même lésion se retrouve à ce niveau sur toute la série des coupes ; il y a bien certainement là une dégénérescence vitreuse de l'épithélium.

Quant aux épithéliums sudoripares, ils ne m'ont pas paru

avoir sensiblement souffert dans la partie glomérulaire ; en revanche, sur deux au moins des canaux excréteurs, j'ai constaté l'élargissement du tube épithélial, la disparition de la cuticule, la coloration imparfaite des noyaux cellulaires et l'état vitreux des cellules ; bref, il semble que le canal excréteur soit fort altéré.

J'ai, par divers procédés, recherché les microbes sur un certain nombre de coupes, je n'en ai constaté nulle part.

D'assez nombreuses tentatives d'ensemencement sur gélatine et sur gélose, faites avec du sang prélevé avec soin sur quelques papules et autour d'elles, sont demeurées stériles, sauf un cas, où j'ai obtenu un streptocoque ; je n'attache aucune importance à ce résultat.

OBSERVATION VIII, TENNESON, LEREDDE et MARTINET

Sur un granulome innommé. — Annales de Dermat., 1896.

Sara M., 21 ans, employée de commerce.

I. — *Antécédents.* — Rien de précis sur les antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels :

Séborrhée du cuir chevelu et *blépharite double* remontant à une époque indéterminée.

Il y a trois ans, eczéma de la face, des oreilles et des membres.

Au mois de juin 1895, nouvelle poussée d'eczéma sur la face et sur les oreilles. L'eczéma persiste aujourd'hui ; il est suintant ; la guérison a été lente, comme cela a toujours lieu chez les sujets lymphatiques.

II. — *Examen général.* — Bouffissure et cyanose des extrémités.

Embonpoint. Apathie musculaire et intellectuelle.

Les autres manifestations classiques de la strume font défaut.

L'examen des viscères et celui de l'urine donnent des résultats négatifs.

III. — *Examen dermatologique.* — Les nodules ont débuté avec l'eczéma au mois de juin 1895.

Ils naissent isolément à une, deux, ou trois semaines d'intervalle, sans réaction, sans douleur.

L'évolution de chacun dure un mois environ.

Les premiers ont apparu sur les genoux. Aujourd'hui ils sont disséminés en petit nombre sur toutes les régions, mais plus nombreux qu'ailleurs sur la face dorsale des mains et sur leurs bords. Nous avons pu suivre quelques-uns de ces nodules depuis leur naissance jusqu'à leur terminaison.

Au début : tumeur dure, sphérique ou ellipsoïdale bien limitée, ayant au plus le volume d'un petit pois. Elle occupe le derme, fait une saillie légère et se déplace avec la peau. Celle-ci ne présente aucune modification apparente, ni rougeur, ni desquamation, ni ombilication centrale.

D'autres se ramollissent au centre et s'abcèdent. La petite tumeur toujours dure est alors plus saillante, cylindro-conique, de couleur rouge sombre : elle est creusée d'une cavité centrale dont on fait sourdre une goutte de pus par la pression. L'ouverture de cette cavité forme ombilic au sommet du nodule et peut être bouchée par une croûte. Puis la tumeur s'affaisse, la suppuration se tarit et il reste une petite cicatrice étoilée, bordée d'une aréole pigmentaire. La peau est constellée de cicatrices semblables.

Examen histologique. — La biopsie fut faite au niveau du bord interne du pied, elle enleva une nodosité datant de deux jours environ. Fixation par le sublimé acétique, coloration par l'hématéine, la thionine phéniquée, etc.

Épiderme. — La région où la biopsie a été faite ne permet pas d'accorder une grande importance à l'épaississement de la couche cornée : la couche granuleuse, le corps de Malpighi sont normaux. Il n'y a pas de diapédèse intra-épidermique.

Derme. — Les lésions importantes, les altérations les plus

avancées occupent la profondeur et quoique la biopsie ait été faite très largement, elle ne les comprend pas tout entières. On peut conclure de là que le début se fait à l'union de l'hypoderme et du derme, dans la région des glandes sudoripares, et dans la couche adipeuse dont on retrouve les vésicules sur les coupes. De droite à gauche dans la région profonde qui nous occupe en ce moment nous pouvons distinguer trois régions.

Toute la moitié droite est occupée par un gros nodule entièrement caséifié; à un faible grossissement on y distingue des vésicules adipeuses isolées les unes des autres, quelques rares vaisseaux altérés du reste, et des faisceaux conjonctifs nécrosés qui divisent la masse.

Plus loin on trouve, séparé du précédent par des tractus conjonctifs volumineux, un nodule arrondi plus petit, entièrement caséeux à son centre mais dont la périphérie est formée par des cellules nombreuses assez serrées.

Enfin on arrive à gauche sur une région qui paraît saine à un faible grossissement et où l'on distingue des glandes sudoripares et des vaisseaux :

1° Nous avons peu de remarques à faire sur cette dernière zone ; les glandes sudoripares dans la portion sécrétoire de leur tube excréteur sont saines ; les vaisseaux, artérioles, capillaires et veinules sont normaux ; ceux où l'on trouve du sang ne contiennent pas de leucocytes en nombre anormal ; autour d'eux il n'y a aucune trace d'irritation indiscutable : tout au plus pourrait-on relever la présence de cellules fixes en nombre un peu exagéré ?

2° *La région centrale du nodule* qui se trouve à droite de cette région est entièrement nécrosée, on ne trouve aucun élément du tissu préexistant, sauf une ou deux vésicules adipeuses qui permettent de reconnaître la région de la peau où s'est formé le nodule.

Vers la partie profonde des coupes on reconnaît quelques cellules, dont le noyau est à peine colorable, des corps ayant la forme et la dimension de globules rouges, mais ne fixant plus

les couleurs acides, disséminées comme s'il s'était produit une hémorragie.

Les lésions de la zone périphérique de ce nodule sont particulièrement importantes : elles permettent de saisir le processus à un âge plus avancé. On constate la prolifération des cellules fixes ; mais des noyaux nombreux déjà ne se colorent plus facilement ; puis, en certains points, des cellules nombreuses, qui ont le type des lymphocytes, beaucoup mieux conservées, beaucoup plus vivantes. Dans cette zone, on trouve enfin des vaisseaux, mais souvent difficiles à distinguer, car tous sont altérés, et certains d'une manière excessive.

Parfois le calibre est perméable mais rétréci, et les parois infiltrées de cellules ; en général, le vaisseau est oblitéré par des débris finement granuleux, sans doute de nature fibrineuse, les parois sont alors nécrosées et ne se reconnaissent qu'à la coloration un peu plus vive que celle du tissu voisin.

Un angle du nodule contient au milieu de cellules dont quelques-unes ont un protoplasma élargi un peu granuleux, des *cellules épithélioïdes*, une *cellule géante*, ovulaire, possédant une double couronne de noyaux serrés les uns près des autres, dont le centre est très finement granuleux : on croirait voir un vaisseau thrombosé, mais la situation, ni les caractères de cette cellule géante, ne permettent d'émettre une hypothèse ferme sur son origine. A quelque distance, on trouve des noyaux agglomérés, formant des cellules géantes incomplètes, enfin on trouve la coupe d'un tube sudoripare excréteur tout à fait sain.

La masse caséeuse qui occupe la région droite et profonde des coupes présente exactement les mêmes lésions périphériques, on y trouve des lésions vasculaires à tous leurs stades ; il est peu facile d'en analyser le début qui est marqué par une infiltration de cellules autour du vaisseau, en couronne régulière et dans ses parois, parfois la présence de leucocytes. Mais l'oblitération est plus fréquente et toujours elle s'accompagne de nécrose ; dans les régions nécrosées en bloc du foyer on reconnaît encore des vaisseaux, à la teinte rosée que prennent

les globules rouges par le carmin d'alun, et on distingue vaguement les fibres de la paroi vasculaire.

La région moyenne du derme est saine en quelques points, mais ailleurs elle est semée de cellules nombreuses (lymphocytes et cellules fixes), bien colorables du reste. Les vaisseaux sont généralement altérés, c'est autour d'eux que l'infiltration cellulaire est le plus considérable; parfois, s'il s'agit d'artérioles, on voit les cellules endothéliales multipliées, tuméfiées, rétrécissant le calibre.

Deux petits nodules que l'on voit, sur une coupe colorée par le réactif de Biondi, sont tout à fait intéressants; on y trouve des artérioles en voie d'oblitération par lésion de la tunique interne, et tout autour des leucocytes nombreux et des cellules fixes, reliées par un reticulum, dû sans doute à la dissociation des faisceaux conjonctifs périvasculaires.

OBSERVATION IX (Résumée).

Un cas de tuberculides disséminées à forme d'acné cachectique avec coexistence de folliculites et d'une gomme tuberculeuse, par J. DARIER.

B..., femme de 48 ans.

Antécédents héréditaires tuberculeux très chargés. Son mari faible, toussant toujours, est mort à 52 ans d'une longue pleurésie, sueurs nocturnes, amaigrissement, probablement tuberculeux. Elle-même, après une enfance chétive, avec gourmes et ganglions toujours engorgés, a été atteinte, à 22 ans, de rhumatisme articulaire aigu. Depuis 1877, elle a eu de nombreuses bronchites. En juin 1875 ont apparu des douleurs vagues dans les articulations des membres inférieurs, surtout des genoux et des cou-de-pieds, et dans celles des doigts : les jointures se sont peu à peu tuméfiées et sont restées déformées. C'est à cette époque, il y a 16 mois, qu'a également commencé l'éruption actuelle par des boutons durs, puis ulcérés, au bas de la jambe gauche, puis à l'autre pied, aux deux genoux, sur les poignets, les mains, enfin sur l'hypogastre et sur tout le tronc.

Actuellement on se trouve en présence d'une *femme profondément affaiblie, amaigrie et cachectique*. La plupart de ses jointures sont atteintes de rhumatisme chronique déformant. *Les ganglions du cou, des aisselles sont tuméfiés* ; ceux des aines forment des paquets saillants de tumeurs dures et conglomérées. *La malade tousse et crache peu* ; cependant on trouve de la *matité au sommet droit avec gargouillement et timbre caveux de la voix* et de la toux ; *induration du sommet gauche*.

Le tronc tout entier, à l'exception du haut de la poitrine en avant, mais surtout au niveau de l'hypogastre et des flancs, est couvert d'une éruption d'innombrables éléments qui, à première vue, ressemblent à de l'acné, ou mieux à des syphilides acnéiformes. Les éléments sont d'âges très différents, les uns sont des nodules intradermiques du volume d'une forte tête d'épingle, d'autres des papules ou papulo-vésicules miliaires d'un rose terne, quelques-unes de vraies pustulettes, ou des papulo-croûtes, ou enfin des macules pigmentaires. La peau en est constellée. Sur les membres l'éruption est un peu différente. Sur les deux genoux et sur le dos des pieds, sur les mains, les poignets et sur les avant-bras, se voient des éléments plus gros pour la plupart, commençant par des nodules sous-dermiques, qui peuvent avorter ou se transforment en pustules, lesquelles, après évacuation, laissent une ulcération creuse, à bords violacés. Certains de ces éléments que nous avons encadrés, pour les surveiller spécialement, sont restés presque au même stade pendant 5 semaines. Tous sont absolument indolents. Enfin, au bas de la jambe gauche, on voit une ulcération de la grandeur de l'ongle, entamant tout le derme, à bords déchiquetés et violacés, qui est la première des lésions cutanées ; elle a l'aspect d'une gomme tuberculeuse ulcérée.

OBSERVATION X (Résumée).

Tuberculides régionales du type folliculis, par J. DARIER.

V..., homme de 32 ans ; a eu un frère mort de méningite ; a

été atteint à 15 ans d'une pleurésie qui a duré une année; depuis lors tousse toujours et s'enrhume facilement. Au sommet gauche, respiration saccadée, expiration prolongée. Il y a 7 ans, a eu un chancre qui, quoique non traité, n'a été suivi d'aucun accident spécifique.

Depuis son enfance, il a eu *chaque hiver des engelures aux mains*; ses extrémités sont habituellement cyanosées et algides. Depuis ces 5 dernières années, il voit, au commencement de l'hiver sur la face dorsale des mains et des doigts, apparaître de petits nodules sous-dermiques, indolents, qui deviennent acuminés, ulcérant la peau en laissant écouler une gouttelette de pus. Il subsiste longtemps des taches qui disparaissent en été.

Cette année, l'éruption a débuté, il y a deux mois, par un nodule à la base de l'auriculaire gauche; actuellement encore, il y a, en ce point, une surface indurée, un peu violacée, surmontée d'une croûte; le pourtour desquame. Successivement, il en a paru une quinzaine d'autres qu'on retrouve sur les doigts et les mains, sous forme de nodules intradermiques profonds ou de papules rosées; quelques-unes présentent, au centre, un point purulent ou une ulcération punctiforme. Leur évolution est donc extrêmement lente et dure pour chacun plusieurs mois. Le malade présente en outre de la séborrhée du cuir chevelu et quelques taches d'eczéma séborrhéique sur le thorax et les bras.

OBSERVATION XI. — HALLOPEAU et G. BUREAU

François D..., âgé de 35 ans.

Une de ses sœurs est morte de méningite.

Il a été sujet aux maux d'yeux pendant son enfance; à *partir de l'âge de dix ans, il a eu, au cou, des glandes qui n'ont jamais complètement disparu depuis*; vers la même époque, il reçut un corps étranger dans l'œil gauche, amenant une opacité de la cornée qui a beaucoup compromis la vue de ce côté.

Au mois de janvier 1896, les ganglions du cou augmentèrent de

volume, plusieurs s'ulcèrent et, depuis, un certain nombre ont toujours continué à suppurer.

C'est il y a deux mois qu'apparut pour la première fois l'éruption pour laquelle le malade vient consulter aujourd'hui ; elle débuta par la face antéro-interne des cuisses sous forme de petits éléments rouges, acuminés, avec suppuration centrale, ne déterminant aucune sensation spéciale au malade ; depuis quinze jours, l'éruption s'est répandue sur la plus grande partie du corps.

Le malade n'a jamais été sujet aux engelures, et l'on ne constate pas chez lui d'asphyxie locale ou de troubles circulatoires des extrémités.

État actuel. — Cet homme présente une *adénopathie sous-maxillaire extrêmement prononcée*. Du côté droit, on aperçoit deux cicatrices anciennes et l'on sent de nombreux ganglions dont deux très volumineux ; à gauche, les lésions sont encore plus accentuées ; il existe, de ce côté, toute une zone, parallèle au maxillaire inférieur, où les tissus sont rouges, épaissis, infiltrés et parsemés d'orifices par lesquels s'écoule un pus granuleux, blanchâtre, provenant de ganglions suppurés, dans la région de la nuque existent également de nombreux ganglions, mais on ne constate pas d'adénopathies axillaires ni inguinales.

L'éruption que présente ce malade est généralisée sur tout le corps ; cependant elle est beaucoup plus abondante sur les membres que sur le tronc.

Elle est formée d'éléments qui déburent sous forme d'une petite papule, légèrement saillante, acuminée, de la dimension d'une fine tête d'épingle, de couleur rouge pâle ou rosée et présentant bientôt à son sommet un petit soulèvement épidermique, une petite vésico-pustule à contenu jaunâtre.

Se développant profondément dans le derme, ces éléments, à mesure qu'ils augmentent de volume, prennent une coloration plus foncée ; ils deviennent rouge vif, ou même violets, de teinte livide, surtout aux membres inférieurs ; ils forment alors une notable saillie au-dessus de la peau, rappelant un peu l'aspect

de l'acné et pouvant atteindre la dimension d'un gros pois. A leur sommet existe une pustule contenant une goutte de pus jaunâtre et dont la surface présente à la partie centrale une petite dépression, une sorte d'ombilication.

Autour de la papule rouge foncé, existe toute une zone assez large, érythémateuse. Lorsque la pustulette commence à se dessécher, si l'on vient à l'ouvrir, on met à nu une dépression profonde, une sorte de petit cratère à bords taillés à pic, pénétrant d'environ deux millimètres dans le derme et donnant issue à un peu de sang. A mesure que se fait la dessiccation, une croûte mince, jaunâtre, se forme au niveau de la pustule, en même temps que se fait une légère desquamation sur toute la superficie de la papule. Après la dessiccation complète, les éléments conservent leur teinte rouge intense. Lorsque la croûte est tombée, on voit une cicatrice profonde, déprimée, à bords taillés à pic, comme à l'emporte-pièce, de forme arrondie ou ovalaire, pigmentée, brunâtre, et entourée elle-même d'une zone de pigmentation.

Ces cicatrices sont variables comme dimension, suivant le développement qu'avait pris l'élément qui leur a donné naissance.

Cette éruption est formée en grande partie d'éléments isolés, disposés sans ordre; cependant en certains endroits, notamment au niveau des poignets et des genoux, ils se réunissent de façon à former des groupes conglomérés, de un à deux centimètres de diamètre, à contours extrêmement irréguliers. Ces placards, surélevés au-dessus de la peau saine, présentent une teinte rouge foncé analogue à celle des éléments isolés; ils sont légèrement indurés et offrent parfois l'aspect d'une tuberculose verruqueuse.

Suivant l'âge de la lésion, la surface de ces plaques présente, soit un certain nombre de pustulettes, soit des croûtes, soit des cicatrices déprimées, taillées à pic; reposant sur une tache pigmentée, certaines d'entre elles présentent des cicatrices dans leur partie centrale, tandis qu'à leur périphérie existe toute une zone d'éléments en pleine activité.

Cette éruption n'est ni prurigineuse, ni douloureuse ; ce n'est qu'à cause de sa localisation aux pieds que le malade a dû interrompre son travail.

Répartition des lésions. — Les lésions sont disposées d'une façon symétrique presque absolue.

Membre supérieur droit. — Sur le bras, les éléments, rares à la face interne, sont plus nombreux à la face externe et deviennent beaucoup plus abondants au niveau du coude ; le pli du coude en est complètement dépourvu.

Sur l'avant-bras, l'éruption est plus accentuée à la face externe qu'à la face interne. Sur le bord interne de l'avant-bras, au-dessus du poignet, se trouve un petit placard d'éléments agminés, formant une plaque allongée, irrégulièrement ovale, d'environ un centimètre et demi de long, surélevée, indurée, de couleur rouge foncé.

Sur la face de la main, près de son bord cubital, on trouve un élément guéri et deux autres en pleine activité ; il en existe également deux sur l'index, et l'on voit un certain nombre de cicatrices anciennes, blanches, dépigmentées sur les autres doigts.

Rien à la face palmaire. Ces éléments de la main rappellent tout à fait les éléments de folliculis de la même région.

Membre supérieur gauche. — Les lésions y sont identiques aux précédentes ; il existe sur le bord cubital de l'avant-bras un placard symétrique à celui du côté opposé.

En dehors des éléments semblables à ceux que nous avons décrits plus haut, on en voit sur ces membres un certain nombre d'autres qui restent beaucoup plus petits ; mais n'en laissent pas moins à leur suite de petites cicatrices déprimées, punctiformes.

Membre inférieur droit. — Sur la cuisse, l'éruption est très abondante et on aperçoit une quantité considérable de cicatrices taillées à l'emporte-pièce, les unes pigmentées, les autres blanches, d'autres enfin dépigmentées, mais entourées encore d'une zone de pigment. Dans la région du genou, la plupart des éléments sont réunis pour former des plaques ; c'est dans cette

région que les éléments agminés sont le plus nombreux ; il se forme des placards à contours extrêmement irréguliers, pouvant atteindre deux centimètres de dimension en moyenne ; leur couleur est rouge foncé ; un certain nombre d'entre eux sont guéris et ne présentent plus que des cicatrices déprimées reposant sur un fond livide. L'éruption a respecté le creux poplité. A la jambe elle est très peu abondante, surtout à la partie moyenne ; sur le pied, au contraire, elle est extrêmement prononcée.

Au niveau de sa face dorsale, dans la région tarso-métatarsienne, les éléments très nombreux, quoiqu'un peu irrégulièrement distribués, semblent cependant former des lignes concentriques allant du bord externe du pied vers l'intérieur ; ils s'étendent également sur les deux malléoles et à la face postérieure du pied au niveau du tendon d'Achille.

On trouve des éléments de tout âge et de toute dimension, les uns, au début, sont acuminés et présentent une pustulette centrale ; les autres, plus considérables, atteignent le volume d'un pois et davantage ; les uns sont isolés, les autres agminés ; certains présentent encore leur pustule ; sur d'autres, la croûte a été enlevée et laisse voir l'excavation centrale ; enfin au milieu de tous les éléments en pleine activité, se trouve une quantité de cicatrices pigmentées, déprimées, profondes, taillées à pic, variant comme dimensions d'une tête d'épingle à une lentille et même plus ; les plus grandes présentent parfois un bord polycyclique résultant de la fusion de plusieurs nodules.

Aucun élément à la plante du pied.

Membre inférieur gauche. — La répartition et l'aspect des lésions y sont très analogues ; sur la face dorsale du 2^e orteil on voit deux nodules et un sur la face dorsale du 4^e ; il en existe aussi quelques-uns sur le bord interne du pied et un à la face plantaire.

Tronc. — Le thorax est à peu près indemne aussi bien en avant qu'en arrière et sur les côtés. Sur l'abdomen, les éléments, assez nombreux, sont en général isolés ; à l'entrée de la malade, ils remontaient à peu près jusqu'au niveau d'une ligne passant par l'ombilic ; depuis ils ont augmenté et s'étendent maintenant

jusqu'aux fausses côtes. En arrière, l'éruption très abondante au niveau des fesses remonte jusqu'à la partie supérieure de la région lombaire ; elle est surtout accentuée sur les côtés ; il n'y a pas d'éléments sur la ligne médiane. Sur la verge, on voit également un certain nombre de cicatrices excavées, et, sur le gland, à côté de cicatrices anciennes, très profondément déformées, existent actuellement deux nodules suppurés.

Tête. — Rien à la face, au cou, ni dans le cuir chevelu ; aucune éruption dans la bouche.

État général. — Le malade paraît un peu affaibli, déprimé. Rien de particulier dans les différents organes. Pas de toux et rien à l'auscultation.

Examen bactériologique. — Le pus de ces pustulettes, commencé à deux reprises différentes dans du bouillon et sur agar, n'a donné lieu à aucune culture.

De même, nous avons tenté par deux fois, sans résultat, l'auto-inoculation de ces lésions, la première fois au moyen d'une piqûre faite au bras avec une lancette chargée du pus de l'un de ces éléments, la deuxième fois en portant ce pus au niveau d'une petite phlyctène que nous avions préalablement déterminée par une légère brûlure.

Examen anatomo-pathologique. — Nous avons pratiqué deux biopsies chez ce malade : l'une, comprenant un petit élément surmonté de la pustulette centrale, a été prélevée sur la partie latérale de l'abdomen ; l'autre a été faite au niveau de la plaque qui existait sur l'avant-bras gauche. Une partie de cette dernière a été inoculée à un cobaye ; mais il s'est écoulé trop peu de temps depuis, pour que nous puissions en donner le résultat.

Ces pièces ont été fixées au sublimé acétique, montées à la paraffine et coupées en séries. Les coupes ont été traitées par différentes méthodes, notamment par le picrocarmin, l'hématéine-éosine et la thionine phéniquée. Sur un très grand nombre d'entre elles nous avons pratiqué la recherche du bacille de Koch, mais sans succès.

Premier fragment. — L'examen des différentes coupes de cette

pièce montre d'une façon évidente que la lésion s'est développée aux dépens d'un follicule pilo-sébacé dont elle reproduit exactement la forme. Profondément, elle s'étend un peu vers les glandes sudoripares en suivant le trajet des vaisseaux, mais les glandes sudoripares par elles-mêmes sont normales. La lésion consiste en un véritable petit abcès intra-folliculaire et intra-glandulaire; au centre, elle s'infiltré profondément au niveau du follicule pileux, dont on retrouve néanmoins encore quelques traces. Latéralement et plus superficiellement, elle a à peu près complètement détruit les glandes sébacées dont on voit cependant encore quelques vestiges, à la périphérie, sous forme de cellules glandulaires altérées et surtout dont on reconnaît le siège par la présence des fibres du muscle tenseur du poil, qui sous-tendait cette glande et qui maintenant sous-tend cette infiltration. Au centre de cette infiltration, existe une cavité contenant une grande quantité de leucocytes polynucléaires; l'infiltration elle-même est formée par des leucocytes et des cellules plus volumineuses à gros noyaux; enfin on constate, surtout à la périphérie, un grand nombre de cellules géantes, très caractéristiques. Dans une autre des coupes, on constate une infiltration périvasculaire abondante.

Deuxième fragment. — Sur cette pièce les lésions sont à un stade plus avancé. On y trouve deux nodules différents comme siège, comme forme et comme structure.

L'un de ces nodules, beaucoup plus petit, plus superficiel, semble formé aux dépens d'une glande sébacée à laquelle était annexé un poil atrophié, dont on ne voit plus que quelques débris. Ce nodule offre l'aspect typique d'un nodule tuberculeux; la partie centrale est caséifiée; autour on voit plusieurs cellules géantes très caractéristiques, puis une zone de cellules épithélioïdes, et enfin, plus en dehors, une infiltration embryonnaire.

L'autre nodule ressemble tout à fait à celui de notre première biopsie, si ce n'est que la lésion est à un stade beaucoup plus avancé; comme lui, il s'est développé aux dépens d'un follicule pilo-sébacé, dont il rappelle absolument la forme. Profondément,

on trouve un tissu en train de s'organiser, mais présentant cependant encore un grand nombre de cellules géantes très typiques; au-dessus de cette infiltration, existe une dépression de l'épiderme, une sorte d'utricule tapissée de cellules épidermiques sur toute sa paroi, qui semble correspondre à la dépression cupuliforme des cicatrices que laissent ces éléments.

En résumé, les lésions que nous avons étudiées chez ce malade sont surtout développées aux dépens des follicules pileux et des glandes sébacées, ce que du reste révélait déjà l'examen objectif de ces éléments. Toutefois, les glandes sébacées ne sont pas le siège exclusif de cette éruption, car, ainsi que nous l'avons signalé dans l'observation, il existe aussi des nodules à la plante du pied.

Bien que la présence des cellules géantes ne soit pas exclusive aux lésions tuberculeuses, et que, d'autre part, nous n'ayons pu, comme nous l'avions prévu, déceler dans les lésions la présence de bacilles de la tuberculose, il nous semble cependant important d'insister sur le grand nombre de cellules géantes rencontrées dans ces lésions et aussi sur leur constitution suivant le type du nodule tuberculeux.

OBSERVATION XII

Un nouveau cas de folliculites disséminées prédominant aux mains et aux oreilles chez un sujet atteint de polyadénopathies tuberculeuses,
par M. G. THIBIERGE.

Il s'agit d'un homme de 40 ans, qui est venu consulter à la polyclinique dermatologique de l'hôpital de la Pitié.

Il présente sur la face dorsale des mains, principalement au voisinage des articulations métacarpo-phalangiennes, vers le bord interne de la main et au niveau du deuxième métacarpien, ainsi que sur la face dorsale et les bords latéraux des 4 derniers doigts et sur la face palmaire de l'auriculaire droit, des lésions caractérisées de la façon suivante, à leurs différents stades dont on trouve actuellement tous les spécimens; au début, et ce stade

peut être étudié sur deux éléments apparus depuis deux jours sur la main droite, il se forme une petite saillie rouge clair, centrée par une pustulette acuminée, saillie du volume d'une grosse tête d'épingle en verre, de consistance ferme.

Au bout de quelques jours, la saillie devient un peu violacée, sa consistance est plus ferme. Elle représente alors un grain de plomb enchâssé dans le derme ; la pustule s'élargit légèrement et en même temps s'aplatit, donnant à certains éléments un aspect qui rappelle celui d'une vésicule herpétique supprimée. Plus tard encore la pustule se rompt, elle est remplacée par une croûte brune, assez adhérente, autour de laquelle la saillie précédemment décrite forme une sorte de cratère de consistance ferme, fibreuse. Enfin le dernier terme de la lésion est constitué par une cicatrice régulièrement arrondie, légèrement déprimée, rappelant celle de l'acné nécrotique, d'abord entourée d'une zone rougeâtre ou légèrement pigmentée, finalement blanche. Au dire du malade, l'évolution des éléments, jusqu'à la formation de la cicatrice, dure un mois.

Les mains sont le siège d'une assez notable congestion passive avec algidité.

Les avant-bras ne présentent aucune lésion analogue à celles des mains. A la partie postérieure des coudes, on voit quelques éléments analogues à ceux des mains, mais plus aplatis, à contours moins bien délimités, de consistance moins ferme et constitués surtout par une croûte grisâtre ou brunâtre, entourée d'une zone rouge bleuâtre.

Les pieds ne sont le siège d'aucune lésion et ne présentent pas de trace d'asphyxie locale.

A la partie externe de la région poplitée gauche, 6 ou 7 éléments dont deux seulement sont en activité et constitués par une pustule de la grosseur d'une tête d'épingle, reposant sur une base rouge et légèrement infiltrée, tandis que les autres ne sont plus représentés que par une cicatrice légèrement déprimée et fortement pigmentée.

Un élément pustuleux au-devant de la rotule gauche.

Aux fesses, un certain nombre d'éléments rouges, saillants, infiltrés, quelques-uns centrés par une pustulette très nette ; ces éléments mesurent la largeur d'une grosse lentille.

Dans le dos, au milieu de cicatrices d'acné anciennes, de comédons et de pustules acnéiques peu développées et à base non infiltrée, on voit 5 ou 6 éléments ayant le même aspect que ceux des fesses.

Les oreilles offrent sur toute l'étendue de l'ourlet, principalement à son bord interne, et à la partie externe de la conque, un nombre considérable d'éléments analogues à ceux des mains ; ici, cependant, le processus pustuleux est moins net, et, sur un certain nombre d'éléments, il semble faire défaut, ceux-ci étant constitués, en apparence, uniquement par une saillie rouge, arrondie, semblable à celle d'un grain de plomb ; un très petit nombre d'entre eux sont centrés par une pustulette ; à ces éléments sont entremêlées un certain nombre de petites cicatrices déprimées.

Les lésions cutanées que je viens de décrire auraient débuté par les oreilles en 1870 ; à cette époque, le malade a eu les oreilles gelées, et depuis lors, il aurait eu constamment à ce niveau des lésions semblables à celles que nous constatons aujourd'hui ; depuis la même époque, le moindre frottement au niveau des oreilles est douloureux ; cette sensation pénible est plus prononcée en hiver qu'en été.

Quant aux mains et aux genoux, seules régions où le malade eut remarqué l'éruption, ils n'ont commencé à être atteints qu'au mois de juillet dernier, et, jusque-là, n'avaient jamais été le siège d'engelures.

Depuis 1893, le malade est atteint d'*adénopathies de l'aisselle droite et de la partie latérale droite du cou*.

Dans ces deux régions, on constate l'existence de nombreux *ganglions volumineux*, non suppurés, *présentent tout l'aspect de la forme pseudo-lymphadénique de la tuberculose ganglionnaire*.

Il ne présente, à la percussion et à l'auscultation, aucun signe de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION XIII

Observat. de MONNIER et MALHERBE, publiée in *Presse médicale*,
octobre 1898 et par FRINGUET dans sa thèse.

M^{me} P... est âgée de 39 ans. Elle a toujours joui d'une assez bonne santé. En 1882, pendant une épidémie de variole qui sévissait à Nantes, elle fut atteinte de cette maladie d'une façon légère. *Son père est mort de tuberculose pulmonaire.* Mariée, elle a eu trois enfants : le premier est mort de *méningite tuberculeuse*, le second se porte bien, mais le troisième est affecté d'une malformation congénitale du cœur (rétrécissement de l'artère pulmonaire et communication interventriculaire, cyanose permanente). M^{me} P... ne tousse pas, mais l'*auscultation dénote une certaine induration du sommet pulmonaire droit.* Elle a longtemps gardé chez elle et soigné une nièce morte de tuberculose pulmonaire.

Les lésions des mains pour lesquelles elle vient nous consulter datent de huit ans environ. Celles-ci ont débuté à la suite de violents chagrins. Tous les médecins qu'elle a consultés à leur sujet les ont qualifiées d'engelures.

En 1896, passant à Paris, notre malade alla à Saint-Louis, montra ses mains et se présenta dans le service de M. Hallopeau. Le diagnostic paraissait épineux, on la fit venir à la Société de Dermatologie où le cas fut vivement discuté.

C'était alors le second cas de ce genre que M. Hallopeau présentait en attirant l'attention sur les rapports de cette affection de la peau avec la tuberculose. Voici, d'ailleurs, résumée, la note qu'il publia à ce propos :

« Tous les hivers, la patiente a des engelures et même parfois ses mains sont si prises qu'elle ne peut s'en servir. L'affection actuelle revient tous les hivers et commence même dès les premiers froids. Les mains sont froides et violacées; il existe une asphyxie locale des extrémités.

« Sur les doigts on voit de petits nodules ressemblant tout à

fait à ce que nous avons déjà décrit chez une première malade. A la main droite c'est surtout l'index qui est atteint ; au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne on trouve de petits nodules intradermiques et, à côté, de gros nodules présentant dans leur partie centrale, soit une croûte, soit une dépression cupuliforme par suite de l'ouverture de la pustulette ; sur les autres doigts on voit les mêmes éléments aux différents âges. Sur le petit doigt de la main gauche se trouve un petit nodule avec une vésicule au centre ; la face dorsale du doigt présente de nombreuses cicatrices blanches, vestiges des anciens nodules ; à la face palmaire du médus, on voit un nodule en pleine activité.

« Beaucoup de ces éléments ne parcourraient pas tous les stades de leur évolution, mais avorteraient dès le début. L'année dernière, la malade a eu une poussée des mêmes éléments sur les pieds. Actuellement, il n'y a qu'un petit nodule sur le petit orteil gauche. »

Vers la fin de novembre 1897, cette femme vient nous voir à notre clinique privée de dermatologie et nous constatons les faits suivants :

Les lésions aux mains consistent essentiellement en des sortes de petits noyaux durs que l'on sent d'abord sous la peau, dans l'hypoderme. Peu à peu, ces noyaux se rapprochent de la surface, rougissent et forment de véritables papules perceptibles au toucher et à la vue. Au centre de ces papules, il se développe une pustulette renfermant du pus épais et crémeux. Généralement ces éléments sont de petite dimension : ils atteignent le volume d'un gros pois vert. Très douloureux tant qu'ils sont hypodermiques, ils le sont peu dès qu'ils atteignent la surface de la peau. Ils évoluent en trois semaines ou un mois. A la suite de l'ouverture de la pustule, on voit se former une croûte noirâtre. Enfin, lorsque la guérison est complète, il reste une petite cicatrice blanche.

Un fait à signaler, c'est que l'évolution de ces éléments n'est pas toujours aussi simple : à plusieurs reprises nous avons vu de véritables ulcérations succéder à ces petits éléments éruptifs,

ulcérations atoniques et difficiles à cicatriser. Peut-être devait-on les attribuer à des traumatismes accidentels, la malade travaillant chez elle aux soins du ménage.

Les oreilles et les pieds sont indemnes.

En février 1898, la malade nous montre une éruption analogue et presque confluyente à la nuque.

Pendant les premiers jours, la douleur est telle qu'elle ne peut se peigner.

En juin 1898, les lésions qui tous les ans disparaissaient pendant l'été persistent pour la première fois. A cette date, la malade porte sur le dos des doigts de la main gauche plusieurs tuberculides à divers âges de leur évolution.

Nous en grattons quelques-unes avec une petite curette de dermatologiste, dans le but d'inoculer le produit de grattage à des cobayes. La profondeur de la lésion se montre alors beaucoup plus considérable que l'examen clinique ne pouvait le faire prévoir.

Enlevant facilement, par cette opération, toute la partie centrale, molle et friable, de ces petites nodosités, on détermine une perte de substance de forme conique, dont le sommet s'enfonce à deux ou trois millimètres de profondeur dans les téguments. L'aspect de la lésion rappelle alors assez celui d'une gomme tuberculeuse de la peau ; on dirait une gomme miliaire.

Depuis cette époque, nous avons revu plusieurs fois M^{me} P..., ses lésions continuent à se reproduire sans interruption. Son état général reste bon.

OBSERVATION XIV, par MACLEOD et ORMESBY.

Tuberculides (type nodulaire, papulo-nécrotique). British Journ. of Dermat., octobre 1901 (Résumée par DUBREUILH).

I. — Femme, 25 ans, assez bonne santé générale, mais pas très robuste, extrémités froides et cyanosées. Pas de tuberculose

dans la famille. Depuis 5 ans est survenu une éruption acnéiforme occupant la partie inférieure des jambes, formée de nodules du volume d'un pois à celui d'une noisette. Il y avait, en outre, quelques placards d'infiltration massive de toute l'épaisseur du derme, dus probablement à la confluence des nodules ; quelques-uns de ceux-ci sont centrés par un follicule. Il n'y avait pas de pus, mais quelques lésions présentaient évidemment une nécrose centrale. Tous étaient d'une teinte bleuâtre ou violacée.

Un nodule excisé fut inoculé à un cobaye sans résultat. La recherche des bacilles a également été négative. Les lésions paraissent débiter par l'hypoderme. Les veines sont atteintes d'endophlébite et de périphlébite, il y a dans l'hypoderme une infiltration abondante de lymphocytes dissociant les pelotons adipeux. Dans le derme, l'infiltration devient plus massive, elle s'accompagne de nécrose au centre ; les fibres conjonctives élastiques sont détruites ; en s'approchant de la surface du derme, on trouve des follicules tuberculeux typiques, remarquables seulement par l'œdème qui les entoure et qui s'accompagne d'une destruction précoce et étendue du tissu conjonctif.

II. — Un enfant de 17 mois avec une *hérédité tuberculeuse très chargée*, a du *spina ventosa* et des *symptômes pulmonaires suspects*. Il présente çà et là, disséminés sur les membres, des nodules durs, profonds, du volume d'un pois à celui d'une noisette, de teinte violacée à évolution très lente.

Les veines de l'hypoderme sont atteintes de phlébite. Dans le derme, l'infiltration devient plus dense, le tissu conjonctif et élastique est œdématié et dégénéré ; on y trouve beaucoup de cellules géantes, dans une desquelles on a pu trouver deux bacilles.

En somme, le second cas était manifestement tuberculeux, mais dans le premier l'identité de l'aspect clinique et des lésions histologiques permet de conclure également à la tuberculose.

Bibliographie.

HUTCHINSON. — *Lectures on clinical Surgery*, 1879.

- BOECK. — Zwei eigenthümliche Fälle von Lup. érythémat. dissém. *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, 1880 et *Vierteljahrschrift*, 1880.
- BROcq. — Folliculites disséminées symétriques des parties glabres, à tendances cicatricielles, in *Traitement des maladies de la peau*. Paris, 1890.
- BARTHÉLEMY. — De l'acnitis, ou d'une variété spéciale de folliculites et de périfolliculites généralisées et disséminées. *Annales de dermat. et de syph.*, janvier 1891.
- PICK. — Acné varioliforme de Hebra. *Archiv für Dermat. und Syph.*, 1889.
- BRONSON. — Acné varioliforme des extrémités. *Journ. of cutan. and genit.-urin. diseases*, avril 1891.
- DUBREUILH. — Hydrosadénite suppurative disséminée. *Annales de dermatologie*, 1892 et *Archives de médecine expérimentale*, 1893.
- POLLITZER. — Hydradenitis destruens suppurative. *Monatsh. für prakt. Dermat.*, 1892.
- Ad. SPIEGEL. — *Monatshefte für prakt. Dermat.*, 1896.
- KAPOSI. — Acné télangiectodes. Sur quelques formes exceptionnelles d'acné (folliculites). *Archiv für Dermat. und Syph.*, 1894.
- TENNESON, LEREDDE et MARTINET. — Sur un granulome innominé. *Annales de dermatologie*, 1896.
- UNNA. — Die histopath. der Hautkrankheiten, 1894.
- HALLOPEAU. — Sur une nouvelle forme de tuberculose cutanée suppurative et son interprétation physiologique. *Bulletin de la Soc. de dermat.*, 1895.
- Sur la génèse et le rôle pathogénique des folliculites disséminées chez les tuberculeux. *Bulletin de la Soc. de dermat.*, 1896.
- Sur les rapports de la tuberculose avec les maladies de la peau, autres que le lupus vulgaire. *Rapport au III^e Congrès internat. de dermat.* Londres, 1896.
- DARIER. — Des tuberculides. *Bulletin de la Soc. de dermat.*, 1896.
- HALLOPEAU et BUREAU. — Sur un cas de tuberculide acnéiforme et nécrotique. *Bulletin de la Soc. de dermat.*, 1897.

- BEAUPRÉZ. — Contribution à l'étude de la folliclis. *Thèse*, Paris, 1898.
- FRINGUET. — Des tuberculides et particulièrement de la forme folliclis. *Thèse*, Paris, 1898.
- DARIER. — Tuberculides régionales du type folliclis. *Annales de dermat.*, 1896.
- BOECK. — Les exanthèmes de la tuberculose. *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1898.
- THIBIERGE. — Folliculites miliaires rappelant le lichen scrofulosorum chez un tuberculeux. *Annales de dermat. et de syph.*, 1898.
- BROCQ. — Nouveau fait pour servir à l'histoire des tuberculides. *Annales de dermat. et syph.*, 1897.
- MENEAU. — A propos d'un cas de tuberculides cutanées. *Journal des maladies cutanées et syph.*, 1898.
- DU CASTEL. — Folliculites tuberculeuses. *Annales de dermat. et syph.*, 1898.
- BALZER et MOUSSEAU. — Tuberculides acnéiformes. *Annales de dermat. et syph.*, 1899.
- MONNIER et MALHERBE. — A propos de tuberculides. *Presse médicale*, octobre 1898.
- HALLOPEAU. — Sur une nouvelle forme suppurative et pemphigoïde de tuberculose cutanée en placards à progression excentrique. *Annales de dermat. et de syph.*, décembre 1895 et janvier 1896.
- GRUNEVOLD. — Un cas d'acné varioliforme généralisée avec terminaison mortelle (cas d'acné cachecticum). *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1885.
- DARIER. — Tuberculides disséminées à forme d'acné cachectique avec coexistence de folliclis et d'une gomme tuberculeuse. *Annales de dermat. et de syph.*, décembre 1896.
-

CHAPITRE V

L'ÉRYTHÈME INDURÉ DE BAZIN

L'histoire de l'affection décrite sous le nom d'érythème induré des scrofuleux, ou maladie de Bazin, apparaît fort intéressante. Décrite pour la première fois en 1855 par Bazin, qui la différencie de l'érythème noueux, elle tombe après lui dans l'oubli pendant trente-cinq ans, mentionnée à peine par Hardy, donnant lieu à deux observations isolées de Besnier et de Feulard en 1888 et 1889, et lorsqu'en 1893 Colcott Fox écrit la première monographie complète qui lui ait été consacrée, il est surpris de la pauvreté, de l'absence presque complète de toute littérature la concernant. En Allemagne, l'affection est restée complètement inconnue et en France il semble qu'on l'ait oubliée. Oubli d'autant plus étonnant qu'il ne s'agit pas d'une dermatose rare. C. Fox, dans son mémoire, pouvait en réunir neuf observations personnelles, et la même année Hutchinson en publiait dix-sept. L'affection nous revenait alors d'Angleterre, mieux étudiée, plus complètement décrite, baptisée par les dermatologistes anglais du nom de notre grand dermatologiste du milieu du siècle dernier, et l'intérêt soulevé par l'étude renouvelée des manifestations cutanées de la tuberculose aidant, la maladie de Bazin

devenait, à son tour, chez nous, l'objet des travaux et de monographies des plus intéressants.

La longue période d'oubli, qui sépare le travail de Bazin des travaux de ces dernières années, s'explique d'autant plus difficilement que, si la description qu'il donnait de l'érythème induré ne comprenait pas tous les aspects possibles de cette affection, elle en fixait du moins l'aspect le plus coutumier avec une grande netteté et avec le sens clinique remarquable qui caractérise toute l'œuvre de Bazin. Pas un mot n'est aujourd'hui à retrancher à cette description :

« L'érythème induré de nature scrofuleuse n'est pas rare ; il se caractérise par des plaques rouges, indurées, sur lesquelles le doigt appliqué fait momentanément disparaître la rougeur, qui ne tarde pas à reparaitre au bout de quelques instants. On sent à la peau et sous la peau une induration qui s'enfonce plus ou moins profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané. La rougeur, plus ou moins foncée, assez souvent violacée, plus marquée au centre, se fond insensiblement sur la circonférence avec la couleur normale de la peau. Il n'y a sur ces plaques aucun prurit : la pression avec le doigt y est à peine douloureuse.

« Cette affection s'observe communément sur les jambes, plus souvent peut-être chez les filles que chez les garçons. Je l'ai souvent rencontrée sur les jambes des jeunes blanchisseuses, chez des jeunes filles offrant tous les attributs de la fraîcheur et de l'embonpoint scrofuleux. Son siège de prédilection est la partie inférieure et externe de la jambe. On la voit quelquefois aussi siéger un peu au-dessus du talon, le long du tendon d'Achille. Enfin, on peut la

remarquer encore sur la face, et je l'ai vue, sur cette région, alterner avec l'ophtalmie scrofuleuse. »

Après avoir ainsi décrit l'érythème induré, Bazin prenait soin de le différencier d'une autre variété d'érythème avec lequel il n'est pas sans présenter d'analogies : l'érythème noueux. « Mais dans la première affection, la couleur est la même sur toute l'étendue de la plaque, l'induration est égale ; la pression est indolore ; dans la seconde, la couleur offre les nuances de l'ecchymose, l'induration présente des nodosités, la pression est plus ou moins douloureuse. »

La nouvelle affection était ainsi créée et nettement différenciée et c'est à juste titre qu'elle devait porter plus tard le nom de « Maladie de Bazin ».

Et cependant Hardy, dans son traité des maladies de la peau, lui consacre à peine quelques lignes au cours de son étude sur l'érythème noueux :

« La marche de la maladie est aiguë et, ordinairement, au bout de 2 ou 3 septénaires, toute trace d'éruption a disparu. Cependant il existe quelquefois plusieurs éruptions successives et la maladie peut se prolonger ainsi pendant 4 ou 6 semaines. Chez les sujets scrofuleux, les saillies dures peuvent persister pendant plusieurs mois et même se terminer par une ulcération à fond grisâtre, peu disposée à se cicatriser. Bazin a décrit cette forme chronique de l'érythème noueux, sous le nom d'érythème induré scrofuleux ; je serais également disposé à croire que cet érythème est une espèce spéciale, différente du véritable érythème noueux. »

Puis le silence se fait, complet. Les traités de Derma-

tologie, parus à cette époque, ne mentionnent même pas l'érythème induré. Kaposi l'ignore. Dans ses leçons sur les érythèmes, quelques lignes sont consacrées aux lésions spéciales à « quelques personnes du sexe féminin qui, ..., sont atteintes d'aménorrhée, de dysménorrhée, de chlorose » mais ces lésions consistent simplement en érythème ortié et iris des mains et du front. Dans une des notes des traducteurs, qui donnent à cet ouvrage un prix inestimable, MM. Besnier et Doyon consacrant une longue étude aux conditions étiologiques générales des érythèmes, citent, à côté de la syphilis, de la lèpre, la scrofulo-tuberculose et mentionnent incidemment l'érythème induré. « L'état lymphatique lui-même, maladie de la constitution, ou maladie constitutionnelle, correspondant au scrofulisme ancien, comporte un grand nombre d'érythèmes, et c'est pour cette raison que la plupart des variétés de l'érythème multiforme se retrouvent dans la description des scrofulides bénignes de Bazin. Parmi les formes les mieux spécifiées, l'érythème induré des jeunes filles, localisé à la moitié inférieure des jambes, tantôt en nappe et diffus, simulant l'éléphantiasis, tantôt en nodules et pouvant être confondu avec les gommes scrofulotuberculeuses ou syphilitiques, à une certaine période de leur évolution. »

Enfin en 1888, paraît une observation de Besnier, sous le nom d'érythème noueux chronique des membres inférieurs, mais qui correspond d'une façon certaine au type de l'érythème induré.

Il note la présence de nodosités aphlegmasiques, naissant de l'hypoderme et atteignant secondairement les cou-

ches superficielles de la peau, prenant une coloration livide, mais n'entrant pas en régression irritative, et ne s'ulcérant qu'accidentellement sous l'action des violences extérieures. L'auteur insiste sur leurs grandes analogies objectives avec les gommés syphilitiques ou scrofulo-tuberculeuses. Elles en diffèrent cependant par leur évolution, comme elles diffèrent de l'érythème noueux par leur développement à toute la périphérie du membre, leur indolence et leur longue durée.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur cet historique, car nous allons maintenant retrouver la plupart des travaux intéressants, soit dans la description clinique, soit dans la description anatomo-pathologique de l'érythème induré. Les travaux et les observations sur l'érythème induré ne sont du reste pas très nombreux. Nous avons déjà dit que les travaux de Colcott-Fox et d'Hutchinson reprirent la question et l'élargirent : Hutchinson en particulier, comme nous le verrons tout à l'heure, compléta la description de Bazin en indiquant la terminaison possible par ulcération. A leur suite, les auteurs français entreprirent de poursuivre l'étude de la maladie de Bazin. Méneau lui consacra une bonne monographie clinique. Audry, Leredde, Thibierge et Ravaut s'attachèrent surtout à l'étude des lésions histologiques. Citons encore en France les observations de Fournier, de Balzer et Alquier, de Carle ; parmi les observations étrangères, celles des Anglais sont les plus nombreuses ; citons celles de Johnson, de Dade, de Cavafy, de Norman Walker, de Whietfield, et enfin, d'autre part, les travaux récents de Mantegazza et de Harttung et Alexander.

Étiologie.

La maladie de Bazin est une affection qui est l'apanage presque exclusif des jeunes filles, à tel point que certains auteurs la désignent couramment sous le nom d'érythème induré des jeunes filles. Bazin attirait déjà l'attention sur sa fréquence plus spéciale chez les jeunes blanchisseuses. Sur les neuf cas de Colcott Fox, cinq ont trait à des jeunes filles de 12 à 17 ans. Sur cinquante-cinq observations que nous avons pu réunir et analyser, vingt-trois se rapportent à de jeunes malades de moins de vingt ans et treize à des malades entre vingt et trente. Il ne faudrait donc pas se laisser abuser par le terme d'érythème induré des jeunes filles, qui pourrait conduire à des erreurs de diagnostic. Il faut savoir que, bien qu'infiniment plus rare, la maladie de Bazin peut être rencontrée chez des femmes d'un âge assez avancé. C'est ainsi que sur notre statistique de cinquante-cinq cas, six sont fournis par des femmes de plus de trente ans ; une est âgée de 42 ans, l'autre de 48, et une malade de Radcliffe Crocker avait même dépassé la cinquantaine.

On a discuté la question de savoir si l'érythème induré peut se rencontrer chez les jeunes garçons. Certains auteurs en ont nié la possibilité. Pour Bazin, la question était résolue, puisqu'il se borne à déclarer l'affection plus fréquente chez les jeunes filles. Radcliffe Crocker, dans son traité des maladies de la peau, déclare qu'il a observé l'érythème induré chez de jeunes garçons. Notre statistique de cinquante-cinq cas comporte neuf hommes pour

quarante-six femmes. Dans un cas personnel, notre malade était âgé de trente ans ; dans d'autres cas il s'agit d'enfants de douze ans ou d'hommes faits de quarante-deux et même quarante-neuf ans.

Concluons donc en disant que si les exemples les plus typiques de l'affection se rencontrent chez les jeunes filles, elle n'est cependant limitée ni par l'âge ni par le sexe.

Les rapports de l'érythème induré et du terrain tuberculeux ont été signalés de tout temps. De toutes les affections que l'on a réunies pour constituer le groupe des tuberculides, l'érythème induré est même, avec le lichen scrofulosorum, celle dont les rapports avec la tuberculose ont été le plus anciennement reconnus. Bazin le classait dans le groupe des scrofulides érythémateuses bénignes, à côté de l'engelure permanente et de la couperose scrofulieuse ; il notait sa présence chez des jeunes filles offrant tous les attributs de la fraîcheur et de l'embonpoint scrofulieux. R. Crocker le décrivait aussi comme une affection des jeunes filles strumeuses ; il déclarait que l'affection était plus fréquente en hiver, spécialement chez ceux qui ont les mains et les pieds froids et doivent se tenir debout. Dans presque toutes les observations publiées, il s'agit soit de sujets chétifs, maigres, de santé précaire, soit au contraire de sujets présentant cet aspect spécial, cet embonpoint, cette carnation éclatante, qui caractérisent le type clinique de l'ancienne scrofule.

L'érythème induré s'accompagne souvent de manifestations de tuberculose franche, ou d'autres lésions de tuberculose atypique. On l'a vu coïncider avec une péritonite tuberculeuse, une ostéite tuberculeuse du pied, des

tuberculides pustuleuses, du lupus tuberculeux, du lupus érythémateux, de l'angiokératome, du spina ventosa, de la folliculis, de la tuberculose pulmonaire. Fréquemment les malades qui en sont atteints ont présenté dans leur jeunesse de l'ophtalmie scrofuleuse, des adénopathies cervicales. Le terrain tuberculeux s'accuse donc avec une grande netteté.

Symptomatologie.

Les lésions types de l'érythème induré consistent en nodosités dures, peu volumineuses, siégeant au niveau des membres inférieurs, surtout aux jambes, soit sur le mollet lui-même, soit un peu au-dessus ou au-dessous. Leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une noisette : elles sont fermes, arrondies. Elles paraissent siéger profondément dans l'hypoderme et émerger peu à peu en progressant vers la surface de la peau : lorsqu'elles l'atteignent, elles se révèlent par leurs aillies et par la coloration du tégument, qui varie du rouge franc au rouge violacé. Elles sont tantôt isolées, tantôt cohérentes ; la pression n'est pas douloureuse à leur niveau. Tel est l'aspect le plus simple de la lésion d'érythème induré.

Le mode de début varie : il peut être brusque et précédé de douleurs violentes dans les membres inférieurs ; l'apparition des nodosités est alors accompagnée par une sensation de brûlure et des démangeaisons, tous phénomènes subjectifs qui cessent dès que l'éruption est franchement constituée. Dans d'autres cas le début est, au contraire, tout à fait insidieux ; c'est parfois à la suite

d'une longue station debout ayant amené de la fatigue dans les jambes, que le malade découvrira par hasard, par la palpation, des nodosités sous-cutanées.

Pour Hutchinson le mode de début anatomique n'est pas toujours le même ; à côté du nodule induré sous la peau, qui, pour l'auteur anglais, se forme autour d'un lymphatique ou d'une veine, il existe dans d'autres cas, comme formes de début, des tubercules lichénoïdes développés autour d'un follicule pileux ; Hutchinson se demande si les nodules sous-cutanés ne seraient pas le résultat d'une infection secondaire de ces tubercules lichénoïdes. Il fait remarquer que lorsque l'affection se produit sur d'autres parties du corps, par exemple sur la face dorsale des avant-bras, elle débute toujours sous la forme de papules lichénoïdes et jamais de nodules sous-cutanés. Ces faits tendraient à faire supposer pour lui, que le début de l'affection siège ordinairement dans les follicules pileux et leurs annexes. Nous verrons tout à l'heure qu'il n'en est rien et que l'érythème induré doit être considéré, au contraire, comme une affection évoluant de la profondeur vers la surface des téguments. Mais dans certains cas, qui pourraient servir de formes de passage entre l'érythème induré et les tuberculoses atypiques à type papulo-nécrotique, il est certain que le début semble se faire par une papule ou une petite pustule. Nous avons pu l'observer nous-même dans un cas de maladie de Bazin localisée aux mollets.

Quoi qu'il en soit, lorsque l'éruption est constituée, elle présente l'aspect que nous avons décrit tout à l'heure. Les dimensions des nodules varient de celles d'un pois à

celles d'une noisette ; ils peuvent même atteindre le volume d'une noix. Ils peuvent être disséminés irrégulièrement ou groupés côte à côte. Ils sont d'habitude discrets et limités en nombre, six à dix en moyenne sur chaque jambe ; mais ils peuvent aussi être beaucoup plus nombreux et devenir confluent.

La distribution des lésions varie. La région la plus fréquemment atteinte est la région antéro-externe de la jambe ; mais la face interne et la face postérieure peuvent être atteintes également : les lésions sont parfois groupées autour du genou ; elles peuvent siéger aussi sur la cheville et sur la face dorsale du pied. Les deux jambes sont prises en même temps, dans la plupart des cas, mais une seule jambe peut être malade ; nous en avons eu un exemple personnel.

Enfin, en dehors des jambes, d'autres régions du corps peuvent également présenter des lésions d'érythème induré, les cuisses (cas de Fournier, de Du Castel, de Thibierge et Ravaut), l'abdomen (cas de Galloway), les membres supérieurs, de préférence à la face postérieure des bras (cas de Harttung et Alexander, de R. Crocker, de Fournier, de C. Fox, de Thomas, de Pringle, de Hutchinson). Enfin Jadassohn, Carle l'auraient vu siéger à la face.

Les lésions, une fois formées, peuvent évoluer de différentes façons. Elles peuvent se résorber spontanément et disparaître sans laisser de traces. Dans ce cas, la couleur érythémateuse de la peau pâlit et l'induration diminue peu à peu : il peut persister à ce niveau une aire atrophique. Dans d'autres cas les nodules font une saillie

de plus en plus accusée : la peau qui les recouvre prend une teinte violacée, rouge bleuâtre, livide ; il se forme à leur sommet une perte de substance peu étendue, par laquelle s'écoule une sécrétion séro-purulente. Dans quelques cas, qui paraissent fort rares, les lésions peuvent ne pas progresser davantage : il se forme une toute petite croûte et l'induration se résorbe progressivement. Le plus souvent, la perte de substance va en augmentant et aboutit peu à peu à une ulcération, qui s'étend en surface et en profondeur. Cette induration n'occupe jamais toute l'étendue du nodule : elle est donc circonscrite par une zone d'induration et une aréole de peau couleur rouge violacé, qui se confond insensiblement avec la peau saine. La zone indurée qui l'entoure, détermine une légère saillie de toute la région : l'ulcération est donc disposée en plateau, comme celle d'un chancre syphilitique. Ses bords affectent diverses dispositions ; ils peuvent être taillés en biseau, ou former un bourrelet, ou être découpés à pic, mais ils ne sont jamais décollés. L'ulcération n'est jamais très profonde ; elle ne dépasse guère le derme. Le fond est jaune grisâtre ou violacé, assez régulier, non bourgeonnant, parfois pseudo-membraneux. Il ne suppure pas mais donne issue à un peu de liquide séreux. La forme de l'ulcération est en général circulaire ou ovale. L'aspect est en somme assez semblable à celui que donne l'ulcération laissée par une gomme syphilitique.

On a voulu séparer la forme ulcérée que nous venons de décrire de la forme à simples nodules évoluant dans l'hypoderme et le derme ; on a décrit celle-ci sous le nom de type Bazin et la forme ulcérée sous le nom de type

Hutchinson, déclarant que l'aspect est très différent dans les deux cas. En réalité il s'agit d'un seul et même processus ; le type ulcéré ne constitue nullement un type distinct, mais bien une forme d'évolution très fréquente des nodules sous-cutanés : on trouve du reste des formes de transition : celles où le centre seul du nodule s'abcède pour donner passage à quelques gouttes de sérosité, se recouvre d'une croûte et donne lieu à une minuscule cicatrice. On a voulu faire jouer à des chocs extérieurs, tels que chutes, coups, le rôle de cause d'appel dans la production des ulcérations ; il n'en est rien : la nécrose est une terminaison naturelle du processus de l'érythème induré.

Les cicatrices qui succèdent aux altérations présentent la forme de celles-ci, c'est-à-dire qu'elles sont arrondies ou ovalaires, légèrement déprimées, recouvertes par un tissu scléreux, cicatriciel, de couleur blanche : elles peuvent parfois être limitées à leur périphérie par une sorte d'anneau, plan, d'un blanc plus mat. Tout autour de la cicatrice, il peut exister une mince zone pigmentée, légèrement brunâtre. Ces cicatrices sont en somme absolument comparables à celles que laisseraient des syphilides tertiaires. Tel est le mode de terminaison du type ulcéré.

Nous devons compléter ce tableau clinique en disant quelques mots de l'évolution de l'érythème induré. Cette évolution est essentiellement lente. La maladie procède par poussées, qui surviennent surtout en hiver, parfois au printemps ou à l'automne ; elles peuvent se renouveler pendant des années. Chaque poussée a une durée moyenne de six semaines à deux mois, parfois trois mois.

Les nodules fermés disparaissent en trois semaines environ : lorsqu'ils aboutissent à l'ulcération, la cicatrice demande une quinzaine de jours pour se former.

La maladie de Bazin est une affection en général indolore : dans quelques cas nous avons dit pourtant que des douleurs plus ou moins vagues pouvaient précéder l'apparition des nodules. De même, lorsque ceux-ci aboutissent à l'ulcération, on peut constater des troubles fonctionnels, de la gêne de la marche.

Constitution du groupe.

Après avoir ainsi décrit les formes et l'évolution ordinaire de l'érythème induré, nous devons maintenant en séparer certains types qu'on a voulu improprement faire rentrer dans le cadre de la maladie de Bazin, et d'autre part lui assimiler au contraire des formes qu'on a voulu à tort individualiser sous des noms distincts.

On a décrit, comme faisant partie de la maladie de Bazin, des lésions dans lesquelles on note bien une induration profonde, mais qui sont diffuses et assez étendues, au lieu d'affecter la forme nodulaire. Tel était le cas publié par Feulard, dans lequel on notait, sur la jambe droite, des nodules caractéristiques d'érythème induré, et sur la jambe gauche des lésions constituées par une tuméfaction étalée, bosselée, large de dix centimètres et longue de douze, formant un véritable gâteau adhérent, ayant envahi la région du jumeau externe, masse dure, douloureuse au palper. Il ne semble pas qu'il se soit agi là d'un véri-

table érythème induré. Feulard représentait d'ailleurs la même malade, six mois après, à la Réunion clinique des médecins de l'hôpital Saint-Louis. L'érythème de la peau avait alors totalement disparu ; celle-ci avait repris son aspect normal. Mais les nouures, les bosselures persistaient, dures, ligneuses, aussi volumineuses. Quelques semaines plus tard on observait le ramollissement d'une de ces tumeurs et son ouverture à la peau. Il semble donc qu'il se soit agi plutôt d'une gomme tuberculeuse. Or, sous aucun prétexte, celles-ci ne peuvent rentrer dans le cadre de l'érythème induré, comme le proposait M. Fournier. Le maître de l'école syphiligraphique française, s'occupant de la maladie de Bazin, était d'avis de comprendre sous ce nom toute une série de types morbides, qui constituent une famille dermatologique naturelle, formée en particulier par trois types principaux : l'érythème induré des jambes, de Bazin : des ulcérations cutanées partielles, susceptibles d'aboutir à l'ulcération ; des infiltrations profondes, ramassées en tumeurs, généralement dites gommes scrofulieuses. Rien ne nous paraît moins justifié : il n'y a entre les gommes scrofulieuses et l'érythème induré qu'un caractère commun : c'est leur nature tuberculeuse ; mais tout, dans leurs caractères cliniques, comme dans leurs lésions histologiques, les sépare trop bien, pour qu'on puisse être tenté un instant de les confondre.

Inversement, d'autres lésions, qu'on en a séparées, doivent rentrer dans la maladie de Bazin : tels sont un cas d'hydrosadénite de Giovannini, auquel Haury a donné le nom de tuberculides nodulaires disséminées, variété gommeuse, et un cas d'ecthyma scrofuloux publié par Gastou

et Emery, lésions avec lesquelles Haury avait constitué un groupe distinct : le groupe nodulaire. Dans le cas appelé par Giovannini hydrosadénite, il s'agit d'une blanchisseuse, qui, au cours d'une maladie aiguë, très probablement une poussée de tuberculose pulmonaire, présenta des lésions ayant les caractères suivants : on trouvait disséminées sur le corps, mais localisées de préférence aux cuisses et aux jambes, des nodosités de la grosseur d'un pois à celle d'un grain de raisin, formant une saillie variable à la surface des téguments ; les plus petites étaient nettement intradermiques, tandis que les plus grosses envahissaient le tissu cellulaire sous-cutané, sans adhérer aux parties sous-jacentes. Parmi ces nodules, les uns étaient petits et bien limités, les autres pâteux et se confondant avec les tissus avoisinants ; les plus volumineux avaient donné lieu à des ulcérations, à fond lisse et rougeâtre. Les petits nodules au contraire entrèrent en régression pure et simple, en laissant à leur place de la pigmentation. L'évolution totale de l'éruption dura trois mois et demi.

Dans le cas publié par Gastou et Emery sous le nom d'ecthyma scrofuleux, il s'agit d'une jeune fille de 20 ans qui présentait sur les deux jambes, depuis la racine des cuisses, jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne, des ulcérations de volume variable : tantôt lenticulaires, elles pouvaient atteindre les dimensions d'une petite noix. L'affection évoluait de la façon suivante : il se formait des nodosités sous-cutanées, la peau les recouvrant devenait peu à peu érythémateuse, se perforait au centre et l'ulcération se formait peu à peu, entourée d'une zone érythémateuse.

Haury qui compléta l'observation, revit la malade deux ans après pour une éruption semblable ; elle succomba plus tard de tuberculose pulmonaire. Gastou et Emery n'avaient différencié cette observation de l'érythème induré, qu'à cause de l'évolution plus rapide des éléments. Mais toutes les phases de la maladie de Bazin sont si fidèlement reproduites, qu'il nous paraît impossible d'en séparer ce cas.

Nous rattachons également à la maladie de Bazin les deux observations, si intéressantes, publiées par Philippson, sous les noms de trombo-phlébite tuberculeuse de la peau, et de phlébite nodulaire nécrotique. Dans la première, il s'agissait d'un sujet qui présenta aux membres inférieurs des nodules rouges, livides, qui se résolvaient peu à peu ou s'ulcéraient avant de se cicatriser spontanément. La seconde a trait à une jeune fille de 18 ans qui, sans douleurs, présenta, aux jambes, plusieurs éruptions de lésions ayant l'aspect suivant : il se formait des zones inflammatoires, au niveau desquelles on pouvait constater une consistance ordémateuse par la palpation : ce foyer d'inflammation demeurait tel pendant une ou deux semaines ; pendant ce temps la rougeur devenait graduellement plus sombre et bleuâtre, puis il se formait au milieu une zone de nécrose, qui s'élargissait lentement par la périphérie et arrivait à figurer des ulcérations. La guérison se faisait spontanément mais très lentement, en plusieurs semaines. L'évolution des lésions que nous venons de décrire est bien celle de l'érythème induré et c'est certainement à cette affection qu'appartiennent les deux observations de Phillipson. Celui-ci ne les désigna d'ailleurs, dit-il, sous

des termes anatomo-pathologiques, que pour éviter le manque de clarté, que l'emploi dans un sens trop étendu a donné aujourd'hui au terme tuberculide. Le terme de tuberculide, seul, était en effet trop vague. Mais dans la classification que nous tentons d'établir dans les tuberculeuses atypiques, c'est à l'érythème induré que doivent être rattachées la phlébite nodulaire nécrotique et la thrombo-phlébite tuberculeuse.

Diagnostic.

Dans sa forme non ulcérée, c'est surtout de l'érythème noueux que doit être différenciée la maladie de Bazin. Mais l'érythème noueux est une affection à début brusque, à marche aiguë; il est souvent précédé par une période de phénomènes fébriles, de troubles généraux : troubles gastro-intestinaux, courbatures, arthralgies; les nodosités se forment très rapidement; elles sont constituées en quelques heures; la peau est tout aussitôt rosée ou rouge foncé; l'évolution est, on le voit, bien différente de celle de la maladie de Bazin. En outre, dans l'érythème noueux, les phénomènes subjectifs sont la règle : douleurs spontanées sourdes, sensation de cuisson, de brûlure; la pression est franchement douloureuse. Lorsque les nodosités disparaissent, la peau qui les recouvre présente successivement toutes les colorations ecchymotiques, comme après une tâche purpurique : il peut y avoir une légère desquamation, puis tout disparaît sans laisser de traces.

Une cause d'erreur peut être également représentée par certaines formes d'éruptions dues à l'iodure ou aux

bromures. Les éruptions médicamenteuses occasionnées par ces substances peuvent affecter l'aspect de nodosités cutanées ou sous-cutanées, s'accompagnant de rougeur de la peau.

Elles siègent de préférence aux membres inférieurs, cuisses et jambes : elles sont dures, arrondies, adhérentes à la face profonde de la peau. Mais la coloration est plutôt rosée que rouge, plus pâle que celle de l'érythème induré. Certains éléments rappellent l'aspect de papules urticairenes. On trouve parfois, en même temps, d'autres manifestations de la toxidermie médicamenteuse, telles que taches purpuriques, lésions d'érythème polymorphe. En tout cas l'interrogatoire ne devra jamais être négligé.

Nous ne citerons que pour mémoire les noyaux de phlébite circonscrite, d'origine variqueuse, siégeant aux membres inférieurs. Ils ne s'accompagnent d'aucune rougeur de la peau et la confusion nous paraît impossible. Il nous paraît aussi bien difficile d'hésiter entre des lésions de lupus érythémateux, des engelures ou de la sclérodémie, et l'érythème induré.

Quant à la forme ulcérée de la maladie de Bazin, deux affections peuvent facilement prêter à confusion : les gommes tuberculeuses et les gommes syphilitiques. Pour les gommes tuberculeuses, les causes d'erreur sont pourtant assez rares ; l'évolution des deux lésions présente des différences importantes : la gomme tuberculeuse siège très rarement aux jambes, mais beaucoup plus fréquemment à la face, au cou ; elle donne avant de s'ouvrir une fluctuation beaucoup plus franche ; lorsqu'elle suppure, elle le fait en totalité alors que la lésion d'érythème induré est

ture, résistante et ne s'ulcère qu'au milieu. Lorsque l'ulcération est formée, les différences sont encore sensibles : la gomme tuberculeuse forme une cavité à parois anfractueuses et non pas une ulcération régulière, peu profonde ; l'ulcération tuberculeuse a ses bords décollés.

Le diagnostic avec la gomme syphilitique peut être beaucoup plus difficile, et les caractères objectifs ne permettent pas toujours de se prononcer avec certitude. Il ne faut pas oublier que les accidents spécifiques peuvent survenir chez des sujets dont la syphilis est restée ignorée. Hutchinson avoue qu'avant d'avoir son attention attirée sur l'érythème induré, il a toujours fait le diagnostic de syphilis ; c'est l'erreur qu'il voit encore commettre très souvent. Il est bien certain que si la maladie de Bazin a passé si longtemps inaperçue en Allemagne c'est que ses manifestations ont été confondues avec des syphilides.

On peut être d'autant plus tenté de penser à la syphilis que les lésions de l'érythème induré peuvent n'affecter qu'une seule jambe et se présenter chez des sujets paraissant indemnes de toute manifestation de tuberculose personnelle et héréditaire.

La gomme du tissu cellulaire se présente comme une petite nodosité, qui s'accroît peu à peu, forme une tumeur bien délimitée, régulière de forme, globuleuse ou ovoïde, ferme sous le doigt et complètement aphlegmasique et indolente. Lorsqu'elle se ramollit et s'ulcère, ce processus commence par la partie centrale, alors que le pourtour reste encore induré. Ce sont là caractères qui appartiennent également à l'érythème induré : cependant on peut décrire les détails distinctifs suivants : au point de

vue de l'évolution, la gomme reste plus longtemps localisée dans l'hypoderme, sans changement de couleur à la peau ; lorsque l'ulcération s'est formée, l'infiltration des bords est plus étendue dans la gomme que dans l'érythème induré ; dans le premier cas, le fond de l'ulcération affecte un aspect assez spécial, qui est dû à la présence ou à l'évacuation partielle du bourbillon : on trouve ou bien ce bourbillon sous forme d'une masse compacte, blanc jaunâtre, ou une surface anfractueuse, formée d'un tissu filamenteux, présentant des lambeaux jaunâtres ou tapissée d'un enduit crémeux gris jaune. Cet aspect est spécial à la gomme syphilitique. Et cependant dans bien des observations on voit un doute persister, et un traitement mercuriel d'épreuve institué. C'est, en dernière analyse, le criterium auquel pourra s'en tenir l'observateur qui aurait conservé des doutes. En effet, tandis que sous l'influence du traitement spécifique la lésion syphilitique rétrocede rapidement, dans l'érythème induré, au contraire, les ulcérations ne sont en rien modifiées et l'on peut même voir de nouveaux nodules évoluer.

Il reste aussi, avec le traitement d'épreuve, un autre moyen de faire un diagnostic ferme : c'est la biopsie et l'examen histologique des lésions,

Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique de l'érythème induré a été l'objet, dans ces dernières années, de travaux importants de la part de Audry, de Thibierge et Ravaut, de Leredde,

de Johnson, de Philipppson, de Mantegazza, de Harttung et Alexander. Nous avons nous-même étudié ces lésions dans deux cas où nous avons pu pratiquer une biopsie.

Un certain nombre d'observations, en particulier celles d'Audry, de Thibierge et Ravaut, dans lesquelles un nodule entier fut enlevé au bistouri, nous permettent de décrire l'anatomie pathologique macroscopique des lésions. Une fois le tégument incisé franchement au bistouri, au niveau d'un nodule, celui-ci n'apparaît pas dès l'abord ; il ne se distingue en rien, par sa coloration, des tissus environnants. L'ensemble de l'hypoderme apparaît jaunâtre, spongieux, imbibé d'un liquide huileux, sans traces de pus. Mais si l'on introduit un doigt par l'incision cutanée, on sent parfaitement la petite tumeur, plus résistante, assez bien limitée. Cependant il est impossible de l'énucléer ; elle est adhérente au tissu cellulaire ambiant et on ne peut l'en détacher qu'artificiellement, en arrachant et coupant. Une fois libérée, on peut constater qu'elle a l'apparence d'une petite pelote de graisse, de couleur jaune pâle. Si on l'incise au bistouri, il s'écoule un liquide huileux et l'on peut constater la présence de bandes scléreuses, de couleur presque blanche, circonscrivant des aréoles adipeux.

Les lésions histologiques expliquent ces différents aspects. Dans leur ensemble elles consistent en travées formées d'un tissu conjonctif dense, entre lesquelles on trouve du tissu adipeux et des cellules grasses.

Ces travées fibreuses comprennent elles-mêmes des vaisseaux sanguins entourés de foyers d'infiltration cellulaire, formés de leucocytes, de cellules épithélioïdes et de

cellules géantes. Sur certains points l'oblitération des vaisseaux en amène la nécrose.

Tel est le résumé des lésions principales. Mais procédons par ordre et examinons tour à tour les différents étages de la peau.

L'épiderme est en général très peu altéré ; on trouve parfois un peu d'hyperkératose ; le corps de Malpighi est normal ou légèrement augmenté d'épaisseur.

Les couches papillaire et sous-papillaire du derme présentent quelques lésions, mais peu intéressantes. Ce sont des lésions d'inflammation sans grands caractères ; on trouve un œdème du tissu conjonctif, dont les fibres sont écartées, des vaisseaux dilatés ou à parois vasculaires légèrement épaissies, une prolifération des cellules fixes et une infiltration discrète de lymphocytes.

Dans l'étage moyen du derme, on commence à trouver des altérations vasculaires plus importantes ; les lésions sont ici localisées de préférence autour des vaisseaux : on aperçoit des veines présentant de l'endophlébite nette et l'infiltration cellulaire devient plus apparente.

Dans la couche profonde du derme, dans la région glandulaire, les altérations sont plus marquées encore ; elles se localisent autour des groupes glomérulaires ; l'infiltration englobe des fragments de tubes glandulaires ; elle est constituée par des lymphocytes, des cellules épithélioïdes, parfois même par de vraies cellules géantes. Entre les glandes et les vaisseaux l'infiltration est très serrée. Les lésions des vaisseaux sont très accusées, surtout au niveau des veines.

En atteignant l'hypoderme nous arrivons au maximum

des lésions. Nous avons dit que le tissu hypodermique était traversé de bandes scléreuses. La constitution de ces bandes est la suivante : les fibrilles conjonctives qui les forment sont altérées, se colorent mal : elles subissent parfois une dégénérescence qui les transforme en blocs granuleux, opaques, parfois en véritables détritits granuleux, toute trace de fibres élastiques ou conjonctives disparaissant ainsi. En certains points de ces bandes scléreuses, on trouve des amas nodulaires, formant un infiltrat dense, centré en général par un vaisseau. Ces vaisseaux présentent toujours des altérations très considérables ; tantôt il s'agit d'épaississement des parois, qui sont envahies de leucocytes ; tantôt la paroi interne végété, présentant des lésions d'endartérite ou d'endophlébite ; enfin la lumière vasculaire peut être très rétrécie et même disparaître complètement ; le vaisseau peut être complètement oblitéré, thrombosé, nécrosé ; dans ce cas toute trace du vaisseau peut disparaître ; on ne le reconnaît plus au milieu de l'amas caséux que par la persistance de quelques fibres élastiques circulaires, se colorant par l'orcéine.

Autour du vaisseau lui-même, on trouve un tissu nécrosé, formé par des éléments cellulaires détruits et dans lequel on trouve encore parfois quelques polynucléaires, mais composé presque uniquement de cellules embryonnaires ; on peut trouver dans ces nodules, au voisinage des vaisseaux, de véritables cellules géantes, des cellules épithélioïdes et des plasmazellen. Ces cellules géantes peuvent être non seulement rares et isolées, mais même être groupées, former des amas ; dans ce cas la structure est absolument celle du follicule tuberculeux le

plus typique : masse nécrosée au centre, entourée de plusieurs cellules géantes ; autour de celles-ci, cellules épithélioïdes et au delà encore, plasmazellen et cellules embryonnaires. Au fur et à mesure qu'on s'éloigne du vaisseau, l'infiltration périvasculaire décroît peu à peu.

Sur certains points, les vaisseaux, au lieu d'être coupés transversalement et de donner naissance à des nodules arrondis, sont coupés longitudinalement. On observe alors des traînées, plus ou moins longues, formées par les parois vasculaires épaissies et infiltrées ou même nécrosées, la lumière étant remplie par une masse amorphe.

Le tissu graisseux qui remplit les intervalles, entre les travées fibreuses que nous venons d'étudier, se présente sous différents aspects : tantôt il paraît normal et contient des cellules grasses ayant un aspect ordinaire : on peut pourtant, de place en place, découvrir également ici de petits vaisseaux qui sont nécrosés et qu'on ne reconnaît plus qu'à leurs faisceaux élastiques. Tantôt ce tissu présente des granulations protéiques, se colore uniformément, en bloc, par l'éosine, et paraît avoir subi une dégénérescence rapide.

L'ensemble des lésions que nous venons de décrire nous permet maintenant d'en comprendre le mécanisme. Le point de départ est certainement l'hypoderme ; c'est là que les lésions sont les plus anciennes, les plus prononcées, les plus graves, et c'est de là qu'elles s'étendent, qu'elles gagnent le derme, s'atténuant peu à peu et arrivant à ne plus figurer, dans le derme superficiel, que des lésions congestives banales, alors qu'il existe en profondeur une nécrose avancée ; rien ne peut mieux mettre en

évidence la nécessité absolue de biopsies très profondes dans l'étude de la tuberculose cutanée.

L'importance des lésions vasculaires apparaît capitale ; tous les travaux histologiques de ces dernières années s'accordent à en signaler la fréquence, la constance même, et l'importance considérable. Nous avons déjà vu que pour Philippson cette importance était telle, qu'il a pu proposer d'appeler l'affection thrombophlébite tuberculeuse ou phlébite nodulaire nécrotique. Pour lui, les veines seules seraient atteintes ; Mantegazza a pu constater que veines et artères pouvaient présenter de la thrombose de la même façon. Ces altérations vasculaires représentent pour nous, à n'en pas douter, le point de départ des lésions. La nécrose centrale des nodules témoigne de la priorité de la phlébite ou de l'artérite, engendrant, lorsque le processus est allé jusqu'à l'oblitération du vaisseau, la formation d'îlots nécrotiques, puis l'infiltration de voisinage.

L'examen histologique publié par Audry diffère seul de la description que nous venons de donner. Pour le professeur de Toulouse, la lésion hypodermique apparaît constituée d'abord comme par une sorte de lac d'œdème, représenté par un exsudat très finement granuleux ; l'infiltration qu'il a observée par places lui a paru formée par de grands leucocytes mononucléaires. Les lésions figureraient en somme une espèce d'éponge, dont les cloisons seraient représentées par du tissu conjonctif et la substance, par du tissu graisseux à peu près normal. La nature tuberculeuse de l'affection lui paraît donc à rejeter.

Pour notre compte personnel, les deux examens que nous avons pratiqués ont confirmé les résultats des recher-

ches de Leredde, Thibierge et Ravaut, Mantegazza, etc... Les cellules géantes ont déjà été trouvées dans un nombre assez important de cas par Thibierge et Ravaut, par Colcott Fox, par Johnston, Philippson, Jadassohn; nous avons pu en constater nous-même dans un de nos cas. Harttung et Alexander, Mantegazza ont pu trouver de véritables follicules tuberculeux avec amas de cellules géantes, cellules épithélioïdes, plasmazellen, cellules embryonnaires.

La recherche des bacilles est toujours restée infructueuse, sauf dans le cas de thrombo-phlébite tuberculeuse, de Philippson, où cet auteur put trouver, dans deux nodules, la présence de bacilles de Koch, légèrement granuleux et fragmentés. En revanche, l'inoculation a donné des résultats plus probants : Thibierge et Ravaut furent les premiers à obtenir une inoculation positive du cobaye; C. Fox inocula un fragment d'érythème induré, dans lequel il avait trouvé quelques cellules géantes, à un cobaye qui mourut de tuberculose; Philippson a pu reproduire des tubercules dans l'iris d'un lapin; Jadassohn, dans un cas d'érythème induré dont les nodosités se ramollissaient et donnaient un peu de séro-pus, a pu tuberculiser plusieurs cobayes avec ce pus.

Ajoutons enfin que, dans deux cas, Jadassohn a pu observer une réaction locale typique à la tuberculine; dans une de ses observations, Mantegazza a pu également, avec un seul milligramme de tuberculine, voir apparaître une rougeur et une tuméfaction notable au niveau des lésions.

L'ensemble de ces faits est plus que suffisant pour affirmer la nature tuberculeuse franche de l'érythème

induré. L'importance des lésions vasculaires permet même d'interpréter le mode de production des lésions; il s'agit, à n'en pas douter, d'embolies bacillaires ou de bacilles isolés arrivant à la peau par le courant sanguin, et de préférence par voie veineuse. Le terme d'« angiodermites tuberculeuses » de Leredde trouve ici une justification particulièrement heureuse. Nous reprendrons plus en détail ces notions dans le chapitre que nous consacrerons à la pathogénie des tuberculoses cutanées atypiques en général.

Observations.

OBSERVATION XV (Personnelle).

Érytème induré, avec ulcérations.

M. B..., 30 ans. De santé assez délicate, sans cependant avoir fait jamais de maladie. N'a jamais eu d'affection des voies respiratoires. A eu des *ganglions cervicaux*, dans son enfance, pendant plusieurs années, mais aucun n'a jamais suppuré. A toujours été sujet aux engelures.

Père mort d'une maladie de foie. Mère vivante, bien portante. Quatre frères et sœurs bien portants; une *sœur de santé délicate*, qui tousse et a des *bronchites* tous les hivers.

Le malade a vu débiter les lésions pour lesquelles il vient consulter, en février 1896. Un petit « bouton » apparut à cette époque à la face antéro-externe du mollet gauche. Ce bouton s'ulcéra rapidement, s'étendit en surface et en profondeur, et 15 jours après il existait une ulcération ayant les dimensions d'une pièce de un franc. Le malade entre alors à l'hôpital Saint-Louis, où on le soumet sans succès pendant un mois à un traitement spécifique. Il apparaît même pendant ce laps de temps,

suivant le même processus (bouton, puis ulcération), une nouvelle ulcération à la face postérieure du mollet droit, beaucoup plus petite, grosse comme un petit pois, et assez superficielle, alors que l'ulcération du mollet gauche avait près de 1 centimètre de profondeur.

On écarte alors l'hypothèse de syphilis et l'on porte, dit le malade, le diagnostic d'« ulcère simple de la jambe ». Au bout d'un mois de traitement par des pansements humides simples, les ulcérations se cicatrisent complètement et le malade sort guéri.

En septembre de la même année, apparition d'un nouveau bouton, puis d'une ulcération, à la partie inférieure de la face postérieure du mollet gauche, ulcération très peu profonde, qui, traitée par des pansements humides, guérit en deux mois.

Depuis cette époque, chaque année, au printemps et souvent aussi à l'automne, des nodosités apparaissent aux deux jambes, nodosités sous-cutanées, mais peu profondes, dit le malade. Elles ne tardent pas à s'ouvrir à la peau et il se forme de légères ulcérations, irrégulières de forme, ayant les dimensions d'un petit pois ou d'une pièce de cinquante centimes. Parfois ce ne sont pas des nodosités sous-cutanées, mais des petits boutons rougeâtres, qui donnent également naissance à des ulcérations semblables. Il apparaît en général trois ou quatre lésions à la fois, tantôt au mollet droit, tantôt au mollet gauche. Les ulcérations formées se cicatrisent chaque fois en trois ou quatre semaines.

Cette année (1902), pour la première fois, le malade ne présente pas d'ulcérations; mais, sur le point de se marier, il vient nous consulter afin de savoir si son affection n'est pas contagieuse.

État actuel (juin 1902). Sur la face antéro-externe, près de la crête du tibia, on note trois cicatrices ayant les dimensions l'une d'une pièce de cinq francs, l'autre d'une pièce de deux francs, la troisième d'une pièce de 0,50 centimes, disposées les unes au-dessus des autres; elles correspondent aux premières

ulcérations. Leurs caractères sont semblables : elles sont légèrement déprimées sur toute leur étendue, recouvertes par un épiderme cicatriciel, atrophié, en pelure d'oignon. Elles sont de formes assez nettement circulaires, blanchâtres, limitées à leur périphérie par une sorte d'anneau d'un blanc plus mat, anneau qui correspond, dit le malade, au bourrelet des ulcérations en activité, qui était saillant. En dehors de cet anneau blanchâtre et concentriquement à lui, mince zone annulaire, pigmentée, légèrement brunâtre.

A la limite de la face externe et de la face postérieure, au niveau du péroné, à trois travers de doigt au-dessus de la malléole, cicatrice ovale, ayant 2 centimètres de long sur un de large, datent de 2 ans. Elle est recouverte d'un épiderme cicatriciel, légèrement squameux et présente une couleur brunâtre, plus accentuée à la périphérie. Elle est également déprimée et entourée d'une aréole légèrement pigmentée.

Tout à fait à la face postérieure du mollet, au-dessus de la cheville, vaste cicatrice, de forme irrégulière, ayant 4 centimètres de largeur et 3 de hauteur, moins déprimée que les autres et de couleur blanc rosé.

Au-dessus, au niveau de la masse musculaire des jumeaux, on trouve des lésions en activité. Elles sont apparues depuis un mois, mais contrairement au processus des autres années elles n'ont pas évolué vers l'ulcération. Elles forment une grande plaque, ayant les dimensions d'une pièce de 5 francs, de couleur rouge sombre, présentant sur certains points de sa surface une légère exfoliation. On ne trouve nulle part de traces de folliculites ou de tendance à l'ulcération. Au toucher, on sent une infiltration extrêmement profonde, en masse, très dure, très résistante. Juxtaposée à cette plaque, on en note une seconde, présentant les mêmes caractères d'infiltration et de rougeur. Enfin, troisième lésion en activité, un peu au-dessous des précédentes, arrondie, ayant les dimensions d'une pièce de 1 franc et présentant les mêmes caractères.

Sur la jambe droite on note la présence d'un assez grand

nombre de cicatrices, semblables à celles que nous avons décrites pour la jambe gauche. Elles siègent à la face antérieure, à la face postérieure et à la face postéro-externe: elles sont plus petites que du côté gauche; deux seulement ont les dimensions d'une pièce de 2 francs; les autres varient du volume d'un pois à celui d'une pièce de 0,50 centimes.

Aucune lésion en activité de ce côté.

Examen histologique. — Les lésions de l'épiderme sont peu importantes. La couche cornée est à peu près complètement absente; on n'en trouve traces que de temps en temps, sous forme de minces lamelles s'exfoliant, se détachant du corps muqueux.

La granuleuse est extrêmement mince; elle n'est représentée que par une à deux couches de cellules chargées d'éléidine, fort petites, très aplaties.

Le corps muqueux dessine de grands bourgeons qui s'enfoncent profondément dans le derme; ils sont en général minces et déliés, mais peuvent être larges et trapus; ils délimitent entre eux des papilles hautes et étroites. Les cellules malpighiennes paraissent normales. A noter simplement que la couche basale et la couche sus-jacente sont infiltrées par places, par quelques lymphocytes.

Les lésions dermiques sont beaucoup plus importantes et intéressantes. Nous devons distinguer trois étages qui présentent un aspect différent: la couche supérieure, papillaire, la couche du derme moyen, enfin le derme profond et la partie adjacente de l'hypoderme.

La couche papillaire du derme, montre une infiltration diffuse, assez dense, mais disposée sans ordre, et quelques capillaires dilatés.

L'infiltration est presque uniquement composée de lymphocytes, mais on trouve aussi, en certains points, quelques polynucléaires. Nous avons dit que les capillaires des papilles étaient dilatés; en d'autres points, les cellules endothéliales qui forment leurs parois apparaissent hypertrophiées et diminuent au contraire la lumière vasculaire.

On trouve sur les coupes deux follicules pileux. A leur niveau et tout autour d'eux l'infiltration devient extrêmement compacte; elle forme, autour du follicule pileux, une sorte de cône, qui s'enfonce assez loin, jusque dans la couche profonde du derme. Elle est constituée par des cellules fixes du tissu conjonctif, des lymphocytes et quelques très rares polynucléaires (sur les bords mêmes du follicule). On trouve, aussi, quelques rares cellules absolument semblables aux cellules épithélioïdes. Sur les coupes colorées au bleu polychrome, on trouve également quelques plasmazellen. Tous ces éléments sont assez étroitement tassés, formant une nappe assez compacte.

Dans la couche moyenne du derme, les lésions sont plus systématisées. On retrouve ici une infiltration cellulaire marquée, mais localisée autour des vaisseaux. Lorsque les vaisseaux sont coupés transversalement, on trouve autour de la lumière vasculaire une infiltration arrondie, assez importante, qui forme un véritable nodule. Lorsque les vaisseaux sont coupés longitudinalement, cette infiltration forme des traînées, plus ou moins grandes, mais assez épaisses, et qui souvent vont se réunir aux nodules situés autour des vaisseaux coupés transversalement. L'ensemble de cette disposition forme une sorte de réseau, dont le point d'intersection des mailles est marqué par des nodules arrondis. Dans l'intervalle, le derme apparaît à peu près normal, contenant seulement un plus grand nombre d'éléments cellulaires que d'habitude. Par places on retrouve l'infiltration en nappe qui s'étend au-dessous des follicules pileux. Dans cette région moyenne les éléments cellulaires de l'infiltrat sont les mêmes que dans la couche papillaire du derme: cellules conjonctives, lymphocytes et cellules d'aspect épithélioïde. Les polynucléaires font absolument défaut. Nulle part on ne peut trouver traces de cellules géantes.

Les lésions vasculaires sont les mêmes aussi que dans la couche précédente: tantôt dilatation marquée, tantôt au contraire épaississement des parois.

Dans la couche profonde du derme, les lésions sont plus

prononcées; autour des glandes sudoripares l'infiltration devient extrêmement dense; elle forme une nappe presque ininterrompue, qui s'étend jusque dans l'hypoderme. L'épithélium des glandes sudoripares est lui-même altéré; les cellules paraissent à la fois plus grosses mais à contours moins nets; elles semblent atteintes de dégénérescence vitreuse; la lumière glandulaire est presque complètement oblitérée. Les éléments de l'infiltrat sont toujours des cellules conjonctives, des lymphocytes et des cellules épithélioïdes; on trouve aussi quelques cellules plasmatiques.

Les lésions vasculaires sont aussi beaucoup plus accentuées. On trouve de véritables lésions de phlébite et d'artérite; les parois des vaisseaux sont épaissies, infiltrées de cellules rondes; l'endothélium est légèrement végétant. Une veine, dont on voit la coupe transversale, est complètement oblitérée.

Recherche des bacilles et inoculation au cobaye négatives.

OBSERVATION XVI (Personnelle).

Erythème induré de Bazin.

Antécédents. État général. — M^{me} Ga..., 36 ans.

Père mort à 72 ans, mère vivante, bien portante.

Pas de tuberculose familiale à la connaissance de la malade.

Celle-ci n'a jamais fait de véritable maladie. Elle est d'apparence robuste et bien portante; elle est couturière, travaille beaucoup, passe souvent les nuits; se tient beaucoup debout.

La malade a toujours eu des *adénopathies cervicales ou sous-maxillaires depuis son enfance*, jusqu'à l'âge de 21 ans. Aucun ganglion n'a jamais suppuré.

Engelures aux pieds pendant toute sa jeunesse jusque vers l'âge de 20 ans, ulcérées chaque hiver; actuellement elles ont cessé aux pieds, mais se produisent aux mains.

Froid aux mains et aux pieds persistants. S'enrhume facilement l'hiver.

Blépharite persistante pendant toute l'enfance, jusque vers 15 ans.

Depuis trois ans, poussées de *rhumatismes au niveau des articulations des membres supérieurs*, durant trois à quatre mois, fort douloureuses, mais sans gonflement des articulations ni rougeur de la peau à leur niveau.

État cutané. — L'affection pour laquelle vient consulter la malade a débuté il y a 3 mois ; il apparut à cette époque une petite tache rouge, indurée, au niveau du genou gauche, tache qui s'élargit peu à peu, jusqu'à atteindre les dimensions d'une pièce de deux francs.

Depuis cette époque, il s'est produit plusieurs petites poussées, au cours desquelles il apparaissait deux ou trois éléments à la fois.

L'état actuel est le suivant : Les lésions siègent uniquement à la jambe gauche. On trouve, au niveau du genou et de la face antéro-externe de la jambe, une série de taches de couleur rouge violacé ; on en note une dizaine à peu près. Leur diamètre varie : quelques-unes ont la grosseur d'un pois, d'autres le volume d'une pièce de cinquante centimes ou d'une pièce de 1 franc. Elles n'ont pas de limites précises, mais sont entourées par une zone légèrement érythémateuse, dont la teinte va en se dégradant peu à peu, pour se confondre avec celle de la peau saine. On n'observe aucune lésion épidermique à leur surface, ni desquamation, ni squames. Seuls deux ou trois des éléments présentent, à peu près vers leur centre, une petite croûte qui, dit la malade, correspond à une petite vésicule qui se formerait et donnerait issue à une ou deux gouttes de liquide séreux.

Au toucher, on sent, au niveau des lésions, une induration profonde, qui s'enfonce dans l'hypoderme, paraît avoir le volume d'une noisette et est mobilisable avec la peau. La palpation de la région permet de reconnaître une induration cutanée très nette, mais plus petite que les autres, et qui ne se traduit encore à la surface de la peau par aucune rougeur.

Quelques-uns des éléments sont en voie de disparition spon-

tanée; l'érythème pâlit, la peau prend une teinte rouge brunâtre pâle, l'induration disparaît peu à peu.

Rien à signaler sur le reste du corps.

Examen histologique. — Une biopsie est pratiquée, au niveau des éléments en activité, de la façon suivante: pour pouvoir observer les lésions de l'hypoderme, on découpe au bistouri, au centre de la lésion, une véritable tranche de 4 à 5 millimètres de large et de un centimètre et demi de profondeur. Réunion par deux points de suture.

L'examen histologique donna les résultats suivants:

Épiderme normal; rien à signaler au niveau de la couche cornée, ni de la granuleuse, ni du corps muqueux.

Les lésions du derme superficiel sont extrêmement peu prononcées: quelques dilatations vasculaires, une prolifération très légère des cellules fixes et c'est tout. On ne trouve pas même trace d'infiltration lymphocytaire. Dans le derme moyen, on observe, au milieu d'un tissu conjonctif normal, de grandes travées, paraissant formées d'un agglomérat cellulaire; à un plus fort grossissement on se rend compte que ces travées correspondent à des vaisseaux, dont les parois sont infiltrées de lymphocytes et de cellules conjonctives. Sur un des bords de la préparation, une veinule assez importante se montre coupée transversalement; ses parois sont extrêmement épaissies, légèrement végétantes, infiltrées dans leurs couches les plus externes, de cellules embryonnaires; tout autour de la veine l'infiltration forme un nodule arrondi, qui envoie de petits prolongements dans les intervalles du tissu conjonctif voisin.

Dans la couche profonde du derme, l'infiltration devient très compacte; elle forme une nappe dont les éléments sont étroitement serrés. Les éléments de cette infiltration sont des lymphocytes, de rares cellules d'aspect épithélioïde et des cellules conjonctives. Par places, on retrouve dans cet infiltrat les glomérules glandulaires, dont l'épithélium apparaît plus ou moins altéré, granuleux. Sur un point d'une des préparations on trouve une *cellule géante*, représentée par une petite masse nécrosée entourée

d'une couronne à peu près complète de noyaux ; on ne trouve pas autour de cellules épithélioïdes, mais un amas de cellules embryonnaires.

Dans l'hypoderme, les lésions sont encore très importantes, mais ne présentent plus les mêmes caractères. Il ne s'agit plus d'une nappe d'infiltration, mais on trouve le tissu graisseux hypodermique circonscrit par des travées conjonctives rapprochées, formant un réseau à mailles serrées. Ces travées conjonctives ne sont pas très épaisses, mais elles sont infiltrées d'une manière régulière par des cellules rondes ; sur une seule de ces travées on observe une veine très altérée, à parois épaisses et végétantes.

Un fragment de cette biopsie a été inoculé dans le péritoine d'un cobaye, mais cette inoculation ne remonte qu'à un mois et nous n'avons pas encore sacrifié l'animal.

OBSERVATION XVII. — M. FEULARD (Résumée).

Érythème induré des jambes chez une jeune fille (Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis, janvier 1889).

Jeune fille de 15 ans, blanchisseuse, atteinte depuis un an de lésions présentant, au moment où on l'a examinée, l'aspect suivant : sur la face antéro-interne de la jambe droite, on trouve quelques placards de couleur livide, non délimités et sans forme spéciale, desquamant un peu à la surface. La palpation n'est pas douloureuse ; en promenant les doigts à la surface du membre, on sent trois ou quatre petites bosselures de volume égal à celui d'un gros pois, situées sous la peau, profondément. Mais, à gauche, la lésion est toute différente : on trouve, en effet, à la partie supéro-externe de la jambe une tuméfaction étalée, un peu bosselée, large de 10 centimètres environ et longue de 12 centimètres, rouge à la surface, d'une rougeur violacée, diffuse, avec une légère desquamation. Si l'on palpe le membre, on a la sen-

sation d'un véritable gâteau adhérent à la peau ayant envahi la région du jumeau externe; cette masse est dure et douloureuse au palper. L'induration perçue se prolonge le long de la région péronière, jusqu'à quatre travers de doigt environ au-dessus de la malléole externe, mais il n'y a pas de rougeur sur ce prolongement. Si la malade est au lit et au repos, il n'y a pas de douleur; si elle reste debout, au bout de quelques heures apparaissent la fatigue, la douleur et une augmentation du gonflement.

La malade présentait l'apparence *extérieure des scrofuleux*; elle était atteinte de *blépharite chronique*; elle avait eu dans son enfance de la gourme, des *adénopathies cervicales*.

OBSERVATION XVIII. — M. BESNIER.

Érythème noueux chronique des membres inférieurs.

Il s'agit d'une jeune femme, chez qui l'on observe, aux deux jambes, des nodosités aphlegmasiques, naissant de l'hypoderme et atteignant secondairement les couches superficielles de la peau en prenant une coloration livide, mais n'entrant pas en régression irritative et ne s'ulcérant qu'accidentellement, sous l'action des violences extérieures. Ces nodosités ont les plus grandes analogies objectives avec les gommés syphilitiques ou scrofulo-tuberculeuses, dont elles ne diffèrent grossièrement que par leur immobilité, par leur durée prolongée et le non-ramollissement. Elles diffèrent de l'érythème noueux commun par leur localisation exclusive aux jambes, leur développement à toute la périphérie du membre, leur longue durée et leur indolence. L'iodure de potassium est sans action sur elles; elles guérissent par le repos horizontal et la compression méthodique.

Ces nodosités ne sont qu'un épiphénomène dans l'affection décrite, imparfaitement il est vrai, par Bazin, sous le nom d'érythème induré; on les observe à peu près en même temps que de l'érythromélgie de la jambe, de l'œdème pâteux hyper-

trophiant, chez les jeunes filles mal réglées et que leur profession oblige à stationner longtemps debout.

(*Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis*, 29 novembre 1888.)

OBSERVATION XIX. — THIBIERGE et RAVAUT.

Érythème induré non ulcéré des deux membres inférieurs (Annales de Dermatologie, 1898).

M^{lle} R..., 22 ans, est atteinte depuis 3 à 4 mois de lésions cutanées des membres inférieurs : aux deux jambes, plusieurs nodosités du volume d'un gros pois, saillantes, de coloration rouge, de consistance ferme, qui ne se sont pas modifiées depuis plusieurs semaines.

Sur le dos du pied gauche, une plaque d'infiltration, de deux travers de doigt de large sur trois de long, à contour un peu irrégulier, de coloration rouge violacé, ayant débuté en même temps que les lésions des jambes.

Biopsie. — Après anesthésie à la cocaïne, la tumeur de la partie postérieure du mollet est enlevée ; une incision rectiligne de un centimètre et demi est faite à la peau ; on tombe dans le tissu cellulaire sous-cutané et, avec le doigt introduit dans cette boutonnière, on sent parfaitement la tumeur plus résistante que le tissu qui l'environne, formant un noyau assez bien limité. Ce noyau n'est pas adhérent à la peau, mais il adhère au tissu cellulaire qui l'entoure et dont il est impossible de l'énucléer ; en l'arrachant, en coupant au bistouri ses adhérences, on le sépare du tissu cellulaire ; cette biopsie permet de constater que la tumeur siège bien dans le tissu cellulaire sous-cutané et n'a aucune connexion avec la peau. La plaie est suturée et réunie par première intention.

Macroscopiquement, ce noyau ainsi isolé ne se distingue du tissu cellulaire voisin que par sa consistance plus ferme ; extérieurement sa grosseur est celle du tissu cellulo-graisseux normal, couleur jaune clair, due principalement à la présence de la

graisse. A la coupe il s'en écoule un liquide huileux et le parenchyme qui forme cette tumeur est grisâtre, beaucoup plus pâle que le tissu périphérique, et on constate que des bandes plus claires, d'aspect scléreux, parcourent dans tous les sens la tumeur, circonscrivant des portions de tissu et formant ainsi des sortes de lobules.

Cette pièce fut divisée en trois portions, destinées à être fixées par trois réactifs différents : le sublimé acide, l'alcool et l'acide osmique, puis incluses à la paraffine.

Examen histologique. — A un faible grossissement, on constate que les grandes bandes scléreuses, qu'il était facile de voir sur la pièce, avant l'inclusion, circonscrivent des flots de tissu ayant de 2 à 5 millimètres de diamètre ; ces bandes se rejoignent les unes les autres et semblent lobuler le tissu cellulaire sous-dermique ; de ces bandes partent de petits prolongements, qui pénètrent dans l'intérieur des lobules, formant une sorte de cirrhose périlobulaire, par rapport au lobule adipeux ou au tissu qui forme la tumeur. Celle-ci semble donc formée de deux éléments différents : l'un constitué par ces grandes bandes scléreuses, l'autre par le tissu entouré par celles-ci et qui figure leur contenu.

Si on étudie à un plus fort grossissement la structure de ces bandes, on voit que la partie fondamentale est formée par du tissu conjonctif avec, en certains points, des amas d'éléments embryonnaires, centrés par un vaisseau plus ou moins altéré. *Ce vaisseau semble avoir été le point de départ de la lésion* ; en effet, tous les vaisseaux sont lésés, mais à des degrés différents : sur certains on voit une simple prolifération endothéliale, sur d'autres, un épaississement des tuniques vasculaires, une infiltration embryonnaire périvasculaire s'étendant parfois assez loin du vaisseau, mais dont l'intensité décroît au fur et à mesure qu'on s'en éloigne ; enfin, de certains vaisseaux il ne reste plus qu'une ébauche, l'endothélium ayant proliféré et rempli la lumière, les parois s'étant épaissies et infiltrées de leucocytes ainsi que la périphérie ; l'on ne voit plus qu'un amas de cellules disposées concen-

triquement et qui représentent les derniers vestiges des vaisseaux. *La constance et l'intensité des lésions vasculaires montrent que les vaisseaux ont joué un grand rôle dans la production des lésions, si même ils n'en ont pas été le point de départ* ; à elle seule la présence d'éléments embryonnaires à leur périphérie permettrait de faire cette hypothèse. Mais, si ces lésions vasculaires, si la présence d'amas embryonnaires font présager l'origine inflammatoire de la tumeur, elles ne renseignent en rien sur sa nature, et si on suit sur toute leur étendue ces bandes scléreuses, on trouve en quelques points, soit au contact des vaisseaux, soit mêlées aux éléments embryonnaires qui les entourent, des grandes cellules contenant 8 à 10 noyaux et qui ont tous les caractères des cellules géantes ; en outre, de très nombreuses cellules épithélioïdes sont disséminées çà et là dans tout le corps de la tumeur. Nous pouvons donc résumer ainsi qu'il suit la structure de ces bandes : tissu conjonctif contenant des vaisseaux lésés qui sont le centre d'une inflammation plus ou moins étendue et, enfin, présence de cellules géantes et de cellules épithélioïdes.

Quant au tissu compris dans l'espace circonscrit par ces travées fibreuses, nous voyons, à l'aide de préparations fixées à l'acide osmique, que si, en certains points, il a la structure du tissu adipeux normal, il est remplacé, en d'autres, par un tissu entièrement différent : tantôt les cloisons qui séparent chaque lobule adipeux sont infiltrées de leucocytes et sont par cela même plus épaisses ; tantôt elles sont complètement modifiées, augmentées de volume à tel point qu'elles semblent, à elles seules, former tout le tissu et que par places, sur des coupes fixées au sublimé ou à l'alcool, on ne constate qu'une petite cavité claire à contours très nets, et qui représente la place occupée par une vésicule adipeuse. Ce tissu, qui a ainsi envahi et remplacé les éléments adipeux, se colore uniformément par l'éosine ; on y rencontre en certains points des éléments embryonnaires, en d'autres des granulations protéiques ; il y a là, semble-t-il, tous les stades d'une inflammation ayant évolué assez rapidement, puisqu'on peut en suivre toutes les étapes, depuis l'infiltration

embryonnaire jusqu'à la dégénération granuleuse, jusqu'à la nécrose. Telles sont les principales lésions que nous révélait l'examen histologique.

Examen bactériologique. — D'autres coupes ont été colorées suivant la méthode de Ziehl, et sur environ 25 que nous avons examinées, il nous a été impossible de voir de bacille de Koch, ni dans les cellules géantes, ni dans un point quelconque de la coupe.

OBSERVATION XX. — THIBIERGE et RAVAUT (Résumée).

Érythème induré.

M^{lle} B..., 24 ans.

A toujours eu bonne santé; n'a jamais eu de manifestations dites scrofuleuses. Est un peu anémique; pas d'adénopathies.

Aucune trace de tuberculose familiale.

A la partie supérieure du mollet gauche, plaque rouge, légèrement saillante, de forme allongée: à la palpation on constate une infiltration siégeant immédiatement au-dessous de la peau et constituée par une nodosité dure, nettement limitée, allongée verticalement, mesurant environ le volume d'une petite amande.

A la partie externe de la cuisse droite, à 10 centimètres au-dessus du grand trochanter, existe une nodosité un peu moins volumineuse, présentant les mêmes caractères.

La lésion du mollet gauche a débuté il y a 3 mois; la malade a éprouvé une sensation de tension dans le mollet, survenue progressivement; au bout de 15 jours elle y a remarqué le développement d'une tuméfaction qui est devenue rouge ultérieurement.

La lésion de la cuisse droite remonte à quatre jours seulement; la malade a ressenti tout à coup une sensation de brûlure au niveau de la peau et, au bout de deux jours, elle a constaté la présence d'une tuméfaction rouge.

Aucune lésion viscérale.

On enlève les deux nodosités; comme dans l'observation précédente, il fallut recourir au toucher pour reconnaître, perdue dans le tissu cellulaire, la tumeur qu'il était impossible de distinguer à la simple vue.

L'examen histologique ne révéla aucune lésion de la peau; les lésions ne commençaient qu'au niveau des couches les plus profondes du derme. Elles consistaient en infiltration embryonnaire autour des vaisseaux et des canaux excréteurs les glandes sudoripares, puis au-dessous en lésions identiques à celles du cas précédent, avec nombreuses cellules géantes.

Examen bactériologique négatif.

OBSERVATION XXI. — THIBIERGE et RAVAUT (Résumée).

Les lésions et la nature de l'érythème induré.

Malade de 15 ans. Père mort de tuberculose pulmonaire.

Les lésions dataient de trois mois; elles occupaient les deux jambes; sur le mollet gauche elles étaient particulièrement nombreuses: 70 environ, groupées presque toutes à la face postérieure de la jambe et faisant presque défaut à la face antérieure. Les malléoles et la face dorsale des deux pieds étaient envahies également. Sur le mollet droit on trouvait deux ulcérations, arrondies, à bords taillés en talus, sans décollement ni renversement, à fond jaunâtre, à pourtour très infiltré.

On voyait sur les fesses des cicatrices rappelant celles qui succèdent aux tuberculides nécrotiques, sans lésion d'érythème induré en activité.

Acro-asphyxie et engelures ulcérées des mains.

Facies scrofuleux; ganglion sous-maxillaire du côté droit, qui suppura quelques mois plus tard. Il se forma presque en même temps une tuméfaction du médius gauche avec fistule d'origine osseuse.

Deux biopsies furent pratiquées. Les lésions observées étaient

les mêmes que dans les deux cas précédents ; on retrouvait des cellules épithélioïdes et des cellules géantes, des zones nécrosées.

Deux cobayes furent inoculés ; l'un mourut de septicémie ; le deuxième fut sacrifié trente-cinq jours après l'inoculation ; il présentait une tuberculose expérimentale typique, avec ganglions, foie et rate remplis de tubercules ; un deuxième cobaye inoculé avec la rate du premier présenta un mois après une tuberculose tout aussi nette.

OBSERVATION XXII. — LEREDDE (Résumée).

Tuberculides nodulaires des membres inférieurs (Annales de Dermatologie, 1898).

Malade de 36 ans. Les lésions datent de six mois. L'apparition des nodosités est précédée par une sensation de brûlure et des démangeaisons, qui disparaissent dès que les éléments sont perceptibles aux doigts. — Les lésions siègent sur les deux jambes. Elles se présentent à l'origine sous forme de masses dures, arrondies, du volume d'un pois ; peu à peu elles grossissent et se révèlent à l'œil par la rougeur. Parfois la résorption spontanée se produit ; sinon la rougeur augmente et s'étale, la teinte devient violacée ; la saillie se prononce et, sans douleur, elle s'ulcère à sa partie moyenne. Au bout de huit, dix, quinze jours, il se forme une cicatrice pigmentaire ; au centre on constate une dépression souvent régulière, parfaitement arrondie.

On trouve près de l'articulation tibio-tarsienne droite deux ulcérations, peu profondes, à bord taillé en biseau d'un côté, en forme de bourrelet de l'autre. Le fond est tapissé d'un tissu jaunâtre, pseudo-membraneux ; à la pression on fait sortir du liquide séreux. — Les ulcérations ne se produisent jamais sur la totalité de l'infiltration.

La malade a présenté il y a quelques années un ganglion suppuré du cou.

On trouve actuellement des ganglions gros et mobiles dans l'aisselle droite et de plus petits dans la gauche.

Une fillette est tuberculeuse. — Le mari est tuberculeux également.

Examen histologique. — On constate, au-dessous du derme, de larges travées formées d'un tissu conjonctif dense, irrégulièrement anastomosées et entre lesquelles on trouve du tissu adipeux ; à un fort grossissement on constate qu'elles comprennent d'assez nombreux vaisseaux qui, tous, sont oblitérés ; ils sont remplis par des thrombus vaguement granuleux.

À l'étage supérieur les vaisseaux sont dilatés, à parois épaisses, entourés d'une infiltration de lymphocytes extrêmement serrée. Dans le derme moyen on ne constate pas d'endartérite, mais de l'endophlébite très nette.

OBSERVATION XXIII. — AUDRY (Résumée).

Étude sur la nature de l'érythème induré de Bazin (Annales de Dermatologie, 1898).

Malade de 34 ans ; elle est grasse, bouffie, pâle, à peau épaisse. Son affection avait débuté cinq ans auparavant par des petits placards rouges apparus aux deux jambes, indurés, qui disparurent spontanément au bout de 15 jours, en laissant des taches pigmentées. Depuis cette époque des poussées se sont reproduites tous les trois ou quatre mois. La malade, vue à la fin d'octobre, présente une nouvelle poussée qui dure depuis deux mois. Les éléments éruptifs sont répandus sur le tiers inférieur des deux jambes ; ce sont des plaques rondes dont les dimensions varient de celles d'une grosse tête d'épingle à celles d'une pièce de cinq francs. Elles sont roux violacé ou brunes, indurées en bloc, un peu douloureuses ; les plus étendues sont légèrement fluctuantes au centre. Plusieurs sont ulcérées ; l'ulcération est arrondie, peu profonde, à bords violacés, non décollés ; le fond est un peu bourgeonnant.

Au toucher on sent au-dessous de la peau des nodosités plus profondes, bien limitées.

On procède à l'excision d'un des nodules. Le bistouri pénètre dans une sorte de tissu spongieux, très jaune, alvéolé, imbibé d'un liquide huileux, jaunâtre, sans traces de pus. Tout l'épiderme et le derme sont ainsi soulevés par une sorte de lac huileux qui occupe l'hypoderme.

Examen histologique (in extenso).

Épiderme. — A un point de vue général on peut dire que l'épiderme est normal; tout au plus peut-on noter une certaine minceur de la couche cornée desquamante; le stratum granuleux et le corps muqueux de Malpighi sont absolument sains.

En plusieurs points, la couche génératrice offre un aspect assez singulier: les cellules cylindriques en sont devenues extraordinairement effilées, allongées parallèlement entre elles, perpendiculairement à la basale.

Les noyaux ont, bien entendu, subi la même déformation en longueur; généralement cet allongement est limité à la couche génératrice seule; en quelques points, le plan adjacent de cellules malpighiennes participe à la déformation. Du reste, pas d'exagération de la diapédèse, pas de vacuolisation périnucléaire. La basale semble un peu épaissie.

Derme papillaire et sous-papillaire. — Il est absolument normal au point de vue de la disposition générale, du nombre et de l'état des cellules; le tissu élastique est peut-être un peu plus délicat que d'habitude; enfin les faisceaux conjonctifs sont épais et compacts.

Les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont assurément dilatés; le manchon diapédétique périvasculaire est à peine plus fourni que normalement. Plusieurs artérioles offrent des signes d'inflammation légère se traduisant par l'épaississement de la paroi, et l'état globuleux de l'endothélium. Ça et là quelques rares infiltrats où on constate facilement l'existence de cellules plasmatiques en assez grand nombre.

Derme profond et hypoderme. — Les lésions commencent

immédiatement au-dessous de l'étage du derme qui renferme les glomérules sudoripares.

Parmi ces glandes, les unes sont complètement saines, les autres offrent une certaine exagération de l'infiltration diapédétique périglandulaire.

La lésion apparaît constituée d'abord comme par une sorte de lac d'œdème. Cet œdème est représenté par un exsudat très finement granuleux, coloré par tous les colorants du fond, à la manière du tissu conjonctif. Sur les bords, cet exsudat est rempli de cellules grandes, irrégulièrement arrondies ou ovalaires, à protoplasma clair, munies d'un petit noyau excentrique fortement coloré en bleu. Ces cellules sont sur les bords en contact les unes avec les autres, tellement elles sont abondantes ; au centre de l'exsudat, elles sont disséminées et dispersées. Je les considère comme de grands leucocytes mononucléaires ayant subi une tuméfaction presque comparable à celle qui les frappe dans quelques infiltrats actinomycosiques.

Le tissu conjonctif ambiant ne présente aucune réaction de voisinage ; il cesse d'être, et on s'en rend compte en examinant les préparations à l'orcéine ; la disparition du tissu élastique dessine les limites du lac d'œdème. On peut se demander si ce dernier exerce une érosion sur la substance conjonctive immédiatement adjacente ; je suis très porté à l'admettre. Ça et là, cependant, on voit au pourtour quelques infiltrats peu denses de cellules plasmatiques et de lymphocytes. Je n'ai pas aperçu de mastzellen.

Plus profondément, cet exsudat acquiert des caractères particuliers ; il est comme découpé à l'emporte-pièce, par des cavités arrondies de plus en plus nombreuses. Il arrive ainsi à constituer une véritable éponge, dont les alvéoles sont vides maintenant et contenaient probablement autrefois la graisse qui a pris l'apparence huileuse dont nous avons noté l'existence macroscopique.

Les cloisons qui limitent et déterminent les alvéoles sont amincies ; tantôt elles sont constituées par un réticulum conjonctif muni de quelques cellules ; tantôt ce réticulum a subi une

dégénération qui le transforme en bloc granuleux opaque, presque sans structure et où apparaissent des cellules de plus en plus rares.

Il en est ainsi dans les plans les plus profonds, où ces dernières arrivent à manquer.

Aucune autre altération ne peut être constatée, que cet œdème dégénératif, remarquable par l'absence de phénomènes réactionnels, par la présence sur les bords des nombreux éléments que j'ai considérés comme de grands leucocytes mononucléaires, peut-être par l'érosion marginale du tissu conjonctif, enfin par l'état pâteux, spongieux de toute la région profonde de l'hypoderme.

Recherche des bacilles de Koch. Mon collègue et ami, M. le professeur agrégé Rispal, voulut bien se charger de la majeure partie des recherches bactériologiques. Quatre lamelles seulement du liquide qui occupait le sommet de l'induration furent examinées par le Ziehl et négativement : on n'alla pas plus loin, parce que ces lamelles ne présentaient point de pus, seulement de petites gouttes huileuses.

Les cultures du même liquide restèrent stériles. Sur des coupes colorées par le Ziehl et l'Ehrlich, M. Rispal ne vit pas de bacilles. En fait l'examen histologique que nous avons fait et donné plus haut ne permettait guère de s'attendre à un autre résultat.

Enfin, deux cobayes furent inoculés : l'un dans le péritoine avec du liquide et des fragments de tissus curettés en pleine lésion. L'autre sous la peau de la région inguinale avec les mêmes produits. Sacrifiés 28 et 29 jours plus tard, ils ne présentaient aucune trace de tuberculose.

OBSERVATION XXIV. — PHILIPPSON (Résumée).

Thrombo-phlébite tuberculeuse de la peau (Giorn. it. delle mal. vener. et della pelle, 1898).

Sujet atteint de tuberculose gyonnaire et de gommès ulcérées des

jambes, qui dans l'espace de quelques mois a présenté spécialement aux membres inférieurs des nodules rouges livides, qui se résolvent peu à peu, ou suppurent en s'ulcérant avant de se cicatriser. — Ph... a examiné quelques nodules à différents stades de leur développement et a trouvé que dans tous, la lésion débute dans les veines, et s'y traduit par une thrombose s'accompagnant d'un processus inflammatoire; dans un stade plus avancé, elle consiste en ramollissement avec nécrose, qui débute au niveau des veines et se propage vers la périphérie.

Ph... a trouvé des leucocytes et des *cellules géantes* n'ayant pas la même disposition que dans le *lupus*; ayant noté dans 2 nodules la *présence de bacilles* en voie d'involution, il croit que la thrombose dépend de la métastase des bacilles provenant des ganglions par voie sanguine. — Inoculation aux animaux négative.

Reprenant ensuite l'étude de ce cas dans son travail sur la phlébite nodulaire nécrotique, il a pu reproduire, dans l'iris d'un lapin, des nodules qu'il regarde comme tuberculeux.

OBSERVATION XXV. — JOHNSON (Résumée).

Érythème induré et granulome nécrotique chez le même sujet. (Indurated erythema and necrotic granuloma in the same subject), Journal of cutaneous diseases, juillet 1899.

Jeune fille de 16 ans, anémique, à facies scrofuleux. *Adénites cervicales marquées*, mais non ramollies. — Nombreuses lésions d'érythème induré aux jambes, dont plusieurs ulcérées. Aux mains et aux avant-bras lésions du type anciennement appelé idrosadénites, que J... appelle granulome nécrotique, et qui ne sont autre que des tuberculides. Ce sont des nodules pâles, siégeant dans le tissu sous-cutané ou à la partie profonde du derme, se développant très lentement, *pouvant mettre un an pour atteindre leur évolution totale*. Lorsque le nodule est devenu adhérent à la peau, il se forme une papule rose, puis rouge cuivré; le centre se nécrose et il se forme une petite cicatrice. Ces lésions

sont isolées et disséminées sans groupement. Elles s'aggravent en hiver et s'améliorent en été.

Examen histologique. — Les altérations de l'érythème induré débutent à la partie profonde du derme. On constate un œdème qui dissocie les fibres conjonctives et une infiltration cellulaire autour des vaisseaux, composée surtout de lymphocytes et de *cellules épithélioïdes* fusiformes, à gros noyau ovoïde et de cellules fixes du tissu conjonctif. Il n'y a pas de cellule géante, mais des foyers de nécrose qui expliquent l'ulcération. J... n'a pas pu trouver de bacilles.

Les lésions du granulome nécrotique débutent par la partie profonde du derme ou par l'hypoderme. On constate des foyers d'infiltration cellulaire périvasculaire, formés de lymphocytes, de *cellules épithélioïdes* et de *cellules géantes*. Cette infiltration s'étend aussi autour des glomérules sudoripares, des follicules et des glandes sébacées. Dans la lésion ayant atteint son complet développement on trouve la structure du follicule tuberculeux. La nécrose est amenée par l'oblitération des vaisseaux. J... n'a pu trouver de bacilles.

OBSERVATION XXVI. — A. FOURNIER (Résumée).

Maladie de Bazin. Type à nodosités sous-cutanées (Société de dermatologie, 10 mars 1899).

Malade de 23 ans chez laquelle apparut à la face interne du tibia une nodosité de la grosseur d'un grain de chènevis, qui augmenta et atteignit, en deux mois, le volume d'un œuf de pigeon. Puis apparurent des nodosités de la grosseur d'un petit pois sur les deux jambes et sur les cuisses, nodosités douloureuses au toucher, même au simple frottement de la jupe.

Ces nodosités occupaient la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée. Surface d'abord rouge, puis violacée.

Quelques jours avant la présentation de la malade, apparut, à la partie moyenne de la face postérieure du bras droit, une

nodosité intradermique, à surface légèrement violacée, du volume d'un gros pois, douloureuse au toucher. En même temps prit naissance une autre nodosité plus grosse, mal limitée, située à la partie supérieure interne de la face postérieure du bras gauche, adhérente à la face profonde du derme, mais ne trahissant sa présence par aucun changement de coloration de la peau.

OBSERVATION XXVII. — DU CASTEL (Résumée).

Éruption de la face à type lupus érythémateux et érythème nouveau des jambes, chez une malade atteinte d'adénites tuberculeuses du cou (Société française de dermatologie, janvier 1899).

Femme de 31 ans, de santé toujours faible, *bronchite tous les hivers*. A eu dans son enfance des *ganglions du cou qui suppurèrent pendant trois ans*. La malade présente également une *cicatrice fistuleuse au-dessus du coude gauche, consécutive à un abcès qui suppura près de trois ans également*.

L'affection actuelle a débuté à un moment où la malade était très fatiguée, avec mauvais état général.

On constate sur la jambe droite et sur la cuisse gauche des nodosités érythémateuses dont une a atteint la grosseur d'un œuf de pigeon. Quelques-unes sont douloureuses à la pression. Ces lésions évoluent lentement depuis six semaines; quelques-unes commencent à entrer en résolution.

Sur la figure, trois placards de *lupus érythémateux*.

OBSERVATION XXVIII. — A. FOURNIER (Résumée).

Maladie de Bazin. Type à ulcérations cutanées (Société de dermatologie, 10 mars 1899).

Malade de 24 ans, présentant comme antécédents intéressants une *polymortalité infantile des frères et sœurs* (5 morts sur 8, de

méningite ou de cause indéterminée), une enfance chétive, de la gourme dans sa jeunesse.

Elle présente, aux jambes, des ulcérations ayant les caractères objectifs suivants : Lésions ulcéreuses profondes de 2 à 3 millimètres au maximum, à bords extrêmement nets, non décollés, taillés à pic, à fond jaune grisâtre, assez régulier, non bourgeonnant et non suppurant. Chacune de ces ulcérations est entourée d'une zone rouge vif inflammatoire, d'une largeur de un centimètre à un centimètre et demi, mal limitée, se confondant, d'une part, insensiblement avec la peau saine, et d'autre part avec les zones identiques des ulcérations voisines.

Très légère douleur au toucher. En pressant, on fait sourdre une sérosité louche. Il n'existe, au-dessous de l'ulcère, aucune induration appréciable, mais une légère infiltration. Pas d'adhérences avec les parties profondes.

L'affection avait débuté trois mois auparavant par de tout petits boutons prurigineux, excoriés par le grattage. Les exco-riations s'étaient insensiblement agrandies. On observait encore, au moment de l'examen, à côté des ulcérations et des cicatrices, de petits éléments acnéiformes, de la grosseur d'une tête d'épingle, à sommet vésiculo-pustuleux, quelques-uns recouverts d'une croûte brun rougeâtre, et représentant, au dire de la malade, le point de départ des ulcérations.

L'examen de l'état général permettait de constater l'existence de pléiades ganglionnaires presque généralisées, au cou, aux aisselles et aux aines.

OBSERVATION XXIX — CARLE (Résumée).

Érythème induré et tuberculose (Lyon médical, 1901, t. XCVI, p. 358).

Malade de 49 ans. *Six frères et sœurs morts jeunes, sans qu'il soit possible de déterminer le genre de mort. Un frère mort à 21 ans, de tuberculose pulmonaire.*

La malade tousse fréquemment et présente un enrrouement tenace, devenu chronique depuis 2 ans.

A eu un *lupus tuberculeux de la joue* en 1899 (diagnostiqué à l'Antiquaille), traité par des galvanocautérisations et cicatrisé.

En juin 1900, apparition d'une petite induration de la gros-seur d'un pois, siégeant à la face, un peu au-dessus de la commissure droite de la bouche, dure et indolente. Au-dessus la peau était et est longtemps restée absolument normale. Les lésions s'accrurent peu à peu.

En octobre 1900, l'état est le suivant : zone de rougeur ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs, située en dehors de la narine droite, au-dessus de la commissure, à limites peu précises ; le centre est rouge foncé, violacé ; la couleur va en pâlis-sant vers les bords. Au niveau de ces lésions, la peau est surélevée et, le relief est dû à la tumeur et à l'œdème dermique, résistant. A la palpation, on peut nettement délimiter la tumeur, qui siège dans le tissu cellulaire sous-dermique et qui est mobile sur le plan sous-jacent. Indolence complète. La tumeur est enlevée chirurgicalement ; elle a une consistance fongueuse, co-hérente ; elle n'est pas encapsulée. Réunion par première intention et guérison complète de la plaie.

L'examen anatomo-pathologique révéla les lésions suivantes : infiltration intense de *cellules épithélioïdes* dans la partie profonde du derme et plus particulièrement au point où le derme s'unit à la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée. Cette infiltration dissocie et écarte les faisceaux conjonctifs et les divers éléments consti-tutifs. Dans les points où cette infiltration est plus intense, on voit quelques *cellules géantes absolument typiques* ; on peut en voir trois ou quatre sur chaque coupe. En s'enfonçant dans l'hypo-derme, on trouve la couche musculaire sous-jacente des muscles peauciers. Celle-ci est également envahie par les cellules em-bryonnaires, mais à un degré moindre. Les faisceaux muscu-laires sont semés de ces cellules, mais la substance musculaire elle-même ne semble pas avoir été altérée. Immédiatement au-dessous de cette couche se voient des vaisseaux, artères et veines

dilatés, congestionnés, et reposant dans une infiltration hémorragique récente.

Le 27 octobre, deux cobayes de moyenne grosseur reçoivent sous la peau de la cuisse droite un fragment de la tumeur prélevée quelques heures auparavant.

Le 1^{er} novembre, ils présentent une tuméfaction locale, avec un petit ganglion inguinal dur, roulant sous le doigt.

Le 7 novembre, l'un d'eux est porteur d'un petit abcès caséux local, qui commence à s'ouvrir spontanément au dehors.

Le 9 novembre, mort d'un premier cobaye, très amaigri; petit abcès caséux local, où l'on décèle la présence de quelques bacilles de Koch, peu nombreux. Ganglion inguinal non ramolli. Pas de lésions viscérales.

Le 10 novembre, mort du cobaye restant, très amaigri. Abcès caséux local, avec nombreux bacilles de Koch. Petit ganglion inguinal non ramolli. Cinq ou six petits tubercules dans le foie, avec bacilles de Koch à l'intérieur du caséum. Pas de lésions pulmonaires.

OBSERVATION XXX. — PHILIPPSON (Résumée).

Sur une phlébite nodulaire nécrotique (Archiv f. Dermat. und Syph., 1901, LV Bd.).

Jeune fille de 18 ans, grande et forte. Père mort à 43 ans des suites d'une pleurésie. Mère bien portante. Sur 6 frères et 5 sœurs, 3 sont morts en bas âge.

L'affection dont souffre la malade commença il y a 2 ans : sur les 2 jambes apparurent des pustules qui se transformèrent peu à peu en ulcères guérissant lentement. On trouve aujourd'hui sur les jambes des ulcérations arrondies avec une aréole fortement colorée en rouge. Le fond, qui ne paraît pas aller plus profondément que la couche profonde de la peau, est formé de débris de tissus jaunâtres, nécrotiques. Dans l'hypothèse d'une syphilis possible on fit des frictions et on donna de l'iodure. Or

pendant ce traitement de nouvelles lésions se formèrent, obligeant à renoncer à l'hypothèse syphilitique. On put alors constater le mode de début des lésions : il se formait d'abord une tache inflammatoire, donnant une consistance œdémateuse à la palpation, la rougeur devenait peu à peu plus sombre, puis bleuâtre et il se développait au centre un petit noyau de nécrose, qui s'élargissait lentement par la périphérie. Au toucher, on sentait un prolongement de l'infiltration dans les couches profondes de la peau.

Examen histologique. — Excision d'un nodule jusqu'à la couche graisseuse. On trouvait, dans les couches profondes de la peau les lésions suivantes : on voyait un gros vaisseau, paraissant être une veine, d'abord entouré simplement de leucocytes, puis infiltré dans ses parois. Une ramification se détachant de cette veine se montrait complètement nécrosée ; on ne la reconnaissait plus qu'au tissu élastique conservé de sa paroi. La lumière de cette veine était remplie par une masse amorphe nécrosée, tout autour de petites zones atteintes également de nécrose et disséminées dans le tissu graisseux correspondaient à des capillaires oblitérés. Les mêmes lésions s'observaient encore sur plusieurs points. Elles allaient en s'atténuant, au fur et à mesure qu'on s'élevait vers l'étage supérieur du derme.

OBSERVATION XXXI. — MANTEGAZZA (Résumée).

Érythème induré de Bazin. Étude de l'érythème induré de Bazin
(*Annales de Dermat.*, juin 1901.)

Fillette de 12 ans.

Depuis 2 ans les ganglions lymphatiques de la région sous-maxillaire et carotidienne gauche ont augmenté de volume, se sont ramollis et se sont transformés en abcès.

Il y a deux mois débutèrent les lésions des jambes sous forme de taches rouges, saillantes et de petits nodules peu douloureux.

Actuellement on trouve une *ulcération à bords décollés au niveau d'un ganglion préanculaire gauche*, de nombreuses cicatrices au niveau du cou et 3 fistules. *Adénopathies persistantes du volume d'un œuf de poule.*

Sur la région dorsale des pieds, autour des malléoles et à la partie inférieure des jambes on voit de chaque côté de nombreux nodules gros comme un noyau de cerise, profonds, de consistance solide, de coloration rouge cyanotique. Quelques-unes de ces lésions s'ouvrent en laissant sortir d'un seul morceau un bloc de substance nécrosée de la grosseur d'un pois ; ainsi se produit une ulcération cratériforme. En outre de ces nodules, on trouve également des taches rouge foncé, peu saillantes, présentant aussi de la nécrose.

Rien aux poumons.

La malade étant mise en observation, on put voir des nodules disparaître peu à peu spontanément, en laissant une tache brunâtre.

Examen histologique. — Biopsie d'un petit nodule du volume d'un pois, ramolli mais encore intact.

A un faible grossissement on voit que la lésion siège profondément, dans la partie inférieure du derme et le tissu cellulaire sous-cutané. Là on voit une infiltration diffuse, qui va en diminuant dans le derme, où elle est circonscrite autour des vaisseaux. Au milieu de cette infiltration on constate de petits foyers formés de masses amorphes ; à un fort grossissement, on constate que ces foyers correspondent à des veines dans lesquelles se sont produites une thrombose et une nécrose. Tout autour de ces vaisseaux il y a une couche de détritits finement granuleux.

Dans une partie profonde des coupes, on voit, côte à côte, une artère et une veine nécrosées. Sur beaucoup de petits artères l'endothélium prolifère, réduisant le calibre et les parois sont infiltrées de leucocytes.

Au voisinage des vaisseaux thrombosés, on voit une grosse cellule géante, entourée de cellules épithélioïdes et de cellules lymphoïdes.

Deux autres biopsies, faites l'une au niveau d'un autre nodule, l'autre au niveau d'un nodule ulcéré permirent de reconnaître la présence de nombreuses cellules géantes avec cellules épithélioïdes et lymphocytes et de retrouver des lésions vasculaires analogues à celles déjà décrites.

Recherche des bacilles et inoculation négatives.

OBSERVATION XXXII.

Étude clinique et histologie de l'érythème induré de BAZIN, par HARTTUNG et ALEXANDER, Archiv. für Dermatologie und syphilis 1902. t. LX. (Résumée).

Homme de 30 ans. A eu en 1899 une *pneumonie*, puis une *pleurésie*. A eu 7 enfants, dont 4 morts en bas âge. Le début de l'affection cutanée a coïncidé avec un *mauvais état général*. Le malade ressent une grande fatigue; il est anémique. L'auscultation révèle une *matité aux deux sommets et un murmure vésiculaire obscurci*. On ne trouve pas de bacille tuberculeux dans l'expectoration muqueuse. *Adénopathie cervicale et inguinale*.

On observe, sur les membres supérieurs et inférieurs, des saillies, demi-hémisphériques, au niveau desquelles la peau apparaît d'une couleur livide, bleu rougeâtre, avec une desquamation légère en surface. Ces nodosités sont solides, non compressibles, mobiles sur les plans profonds; elles ne sont pas douloureuses. On observe en même temps sur les membres quelques veines formant des cordons durs, sclérosés.

Une biopsie fut pratiquée au niveau d'une tumeur; l'examen histologique ne put fournir de diagnostic précis. Un traitement mercuriel et ioduré ne donna aucun résultat. Des injections de tuberculine ne produisirent aucune réaction, ni locale, ni générale.

Deux mois après, l'état général s'aggravait et une injection de tuberculine produisit une réaction générale, sans toutefois qu'une réaction locale apparût au niveau des tumeurs. Enfin les symp-

tômes pulmonaires s'accusèrent et le malade succomba à de la tuberculose pulmonaire franche.

Examen histologique. — Des tumeurs furent excisées immédiatement après la mort, des fragments furent inoculés à des cobayes, d'autres réservés pour l'examen histologique.

Toutes les inoculations aux cobayes furent négatives.

L'examen microscopique des nodules montre que les tumeurs envahissaient la portion inférieure du derme et le tissu sous-jacent et qu'elles étaient traversées par de nombreuses vacuoles remplies de gouttelettes de graisse et de quelques cellules de caractère indéterminé. La tumeur, qui, cliniquement, avait l'aspect d'un cordon vasculaire, était en réalité une grosse veine entourée par un infiltrat compact, formé de *tubercules typiques, composées de cellules géantes, de nombreuses cellules épithélioïdes*, et de mononucléaires. Endothélium des veines normal, tandis que des leucocytes infiltraient l'adventice et la médiane, quelques capillaires en dégénérescence hyaline; nulle part de parties caséifiées ou nécrosées.

Bibliographie.

BAZIN. — Leçons sur la scrofule. Paris, 1861.

HARDY. — Traité des maladies de la peau. Paris, 1886.

BESNIER et DOYON. — Traduction de KAPOSI.

BESNIER. — Érythème noueux chronique des membres inférieurs.

Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis, 1888.

FEULARD. — Érythème induré des jambes chez une jeune fille.

Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis, janvier 1889.

COLCOTT FOX. — On the « Érythème induré des scrofuleux » of Bazin. *Brit. Journ. of Dermat.*, avril 1893.

HUTCHINSON. — Ulcérations scrofuleuses des jambes (Maladie de Bazin). *Archiv of Surgery*, 1893, p. 31 et 97.

RAD. CROCKER. — *Diseases of the skin*, 2^e édit., 1893, p. 75.

FOURNIER. — Maladie de Bazin. *Société de dermat.*, 10 mars 1899.

Du CASTEL. — Éruption de la face à type lupus érythémateux et érythème noueux des jambes, chez une malade atteinte d'adénites tuberculeuses du cou. *Société française de dermat.*, janvier 1899.

THIBIERGE et RAVAUT. — Étude sur les lésions et la nature de l'érythème induré. *Annales de dermat. et de syph.*, 1899.

GALLOWAY. — *Dermat. Society of London.*

HARTUNG et ALEXANDER. — Étude clinique et histologique de l'érythème induré de Bazin. *Archiv f. Dermat. und Syph.*, 1902, t. LX.

ELLIOT. — *Journ. of cutan. and genit.-urin. diseases*, septembre 1892.

CAVAFY. — Érythème induré. *Dermat. Societ. of London*, novembre 1898.

EVANS. — Érythème induré. *Dermat. Societ. of London*, mars 1899.

ADAMSON. — *Brit. Journ. of Dermat.*, juin 1896, p. 217.

THIBIERGE. — L'érythème induré des jeunes filles. *Semaine méd.*, 25 décembre 1895.

BOECK, COLCOTT FOX, CAMPANA, RIEHL, DARIER, NEISSER, LEREDDE.
— Question : Tuberculides du IV^e Congrès internat. de dermat.
Paris, 1900.

MANTEGAZZA. — Contribution à l'étude de l'érythème induré de Bazin. *Annales de dermat. et de syph.*, juin 1901.

BALZER et ALQUIER. — Œdème strumeux ou érythème induré chez une jeune fille. *Annales de dermat. et de syph.*, mai 1900, p. 625.

DOUGHTY. — A case of erythema induratum Scrofulosorum. *Scottish medic. and Surg. Journ.*, 1900.

EDDOWES. — Bazin's disease. *Dermatological Societ. of Gr. Br.*, 28 mars 1900.

NASLAWOFF. — Contribution à l'étude de l'érythème induré. *Thèse*, Lyon, 1900.

TRUCHI. — Érythème induré. *Thèse*, Toulouse, 1898.

JADASSOHN. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1899.

THOMAS. — Érythème induré. *Journal des Praticiens*, 24 janvier 1903.

PRINGLE. — *Brit. Journ. of Dermat.*, 1896, p. 96.

- JADASSOHN. — Discussion au sujet des tuberculides. *Congrès de Paris* 1900, p. 155-156.
- CARLE. — Érythème induré et tuberculose. *Lyon médical*, 1901, t. XCVI, p. 358.
- GIOVANNINI. — Un cas d'hidrosadénite. *Giorn. italiano del. malat. vener. e del. pelle*, 1889, p. 302.
- HAURY. — Essai sur les tuberculides cutanées. *Thèse*, Paris, 1899, p. 60.
- GASTOU et EMERY. — Ecthyma scrofuleux. *Annales de dermat. et de syph.*, décembre 1896.
- PHILIPPSON. — Sur une phlébite nodulaire nécrotique. *Archiv f. Dermat. und Syph.*, 1901, LV Band, 2 Heft.
- Thrombo-phlébite tuberculeuse de la peau. *Giorn. ital. delle mal. vener. et delle pelle*, 1898.
- JOHNSON. — Érythème induré et granulome nécrotique chez le même sujet. *Journ. of cutan. diseases*, juillet 1899.
- DADE. — Cas d'érythème induré avec examen microscopique montrant son absence de relation avec la tuberculose. *Journ. of cutan. diseases*, juillet 1899.
- ABRAHAM. — Érythème induré de Bazin. *Dermatological Society of Great Britain*, 22 mars 1899.
- GL. PATTESON. — Érythème induré. *The Brit. Journ. of Dermat.*, novembre 1893.
- PETERSEN. — Érythème induré. *Hospitalstidende*, mai 1900.
- WHITFIELD. — Sur la nature de l'érythème induré des scrofuleux. *LXIX^e réunion de l'Associat. méd. anglaise*. Chettenham, août 1901.
- LEREDDE. — Tuberculides nodulaires des membres inférieurs. *Annales de dermat. et de syph.*, 1898.
- AUDRY. — Étude de la lésion de l'érythème induré de Bazin. *Annales de dermat. et de syph.*, 1898.
-

CHAPITRE VI

LE LICHEN SCROFULOSORUM

Nous n'entreprendrons pas d'exposer par quels démembrements successifs de l'ancien groupe des lichens, le lichen des scrofuleux est arrivé à acquérir son individualité. Peu de questions sont aussi confuses en dermatologie que l'histoire des diverses significations attribuées au mot lichen par les anciens dermatologistes anglais : Bielt, Willan, Bateman, par les vieux auteurs français, tels que Cazenave, Rayer, Devergie, et par le chef de l'école de Vienne, F. Hebra. Dans son remarquable article sur les lichens, de la Pratique dermatologique, M. Brocq a mis au point cette question si difficile. Nous nous occuperons simplement du lichen scrofulosorum après qu'il a été isolé et décrit sous cette appellation, sans nous préoccuper de la part qu'il pouvait représenter dans les anciens lichens *circumscriptus*, *lividus*, *agrius*, etc...

Nous avons déjà dit à propos de l'érythème induré que cette affection était, avec le lichen des scrofuleux, celle dont les rapports avec la tuberculose avaient été entrevus le plus tôt. En effet, si nous nous reportons encore à Bazin, nous voyons que notre grand dermato-

logiste avait, au milieu du siècle dernier, entrevu et presque décrit l'affection qui nous occupe. Dans ses leçons sur la scrofule, il classe, parmi les scrofulides boutonneuses, une affection lichénoïde, que les dermatologistes avaient désignée sous le nom de strophulus, caractérisée par des saillies papuleuses, isolées, rosées ou blanches, débutant en général par les parties supérieures du corps, n'étant accompagnées d'aucune démangeaison, pouvant récidiver plusieurs fois et finir par se convertir en un véritable lichen ; il remarque que ce lichen des scrofuleux est une scrofulide bénigne, qu'il est généralisé dans le jeune âge, mais cède en général avec la puberté.

Dix ans plus tard, Hebra, reprenant l'étude des lichens, réduisait ce grand groupe à deux types, le lichen ruber et le lichen des scrofuleux, qu'il définissait d'une façon plus exacte et plus précise que Bazin, signalant en particulier sa coexistence constante avec des tuméfactions glandulaires, des inflammations périostiques, le lupus et la tuberculose.

L'affection était dès lors nettement individualisée et l'école dermatologique allemande en particulier lui consacra de nombreux travaux. Jusque vers 1889, cependant, la conception du lichen scrofulosorum resta telle que l'avait fixée Hebra. A cette époque, au Congrès international de dermatologie qui se tint à Paris, l'école française, représentée par Besnier, Vidal, Doyon, proposa de séparer le lichen scrofulosorum du groupe général des lichens et d'en faire une folliculite pilo-sébacée. La vraie nature et la pathogénie de l'affection restaient pourtant toujours ignorées.

L'année 1892 marque une date importante dans l'histoire du lichen scrofuleux ; Jacobi annonça cette année-là, au Congrès allemand de dermatologie, que les papules qui constituent cette dermatose ont la structure des tubercules miliaires, qu'il avait pu colorer des bacilles et que l'affection devait être tenue pour une manifestation tuberculeuse : Sack vint confirmer peu après les assertions de Jacobi. Une semblable conception ne devait pas manquer de soulever des protestations, surtout en Allemagne, où, nous le savons, le domaine de la tuberculose cutanée est étroitement fermé ; et de fait Lukasiewicz, Kaposi s'élevèrent contre cette façon de voir : les cellules géantes ne prouvaient rien, la présence de bacilles non plus ; d'ailleurs, le cas de Sack était à leur avis une erreur de diagnostic : il s'agissait d'une syphilide à petites papules et la présence de cellules géantes n'avait donc rien d'étonnant.

La théorie des tuberculides donna en 1896 un regain d'actualité à la question. M. Hallopeau rangea le lichen scrofulosorum parmi ses toxi-tuberculides. Au contraire, de plus en plus Darier, Haushalter, Leredde en France, Jadassohn, Neisser en Allemagne, tendaient à en faire une tuberculose bacillaire. Nous allons retrouver la plupart de ces travaux en étudiant l'anatomie pathologique du lichen des scrofuleux ; nous verrons que toutes les preuves sont aujourd'hui suffisantes pour en faire une tuberculose franche.

Étiologie.

Si l'accord n'a pas été fait pendant longtemps sur la vraie nature du lichen scrofulosorum, du moins tous les

auteurs ont-ils été unanimes à signaler des stigmates scrofuleux chez les sujets atteints de cette affection. Bazin, Hebra, Kaposi, Dühring, Lesser, tous signalent la diathèse scrofuleuse, la coïncidence d'engorgements ganglionnaires, d'ulcérations cutanées, de suppurations osseuses ; en revanche, la tuberculose pulmonaire est notée très rarement. On trouve là une nouvelle démonstration de ce fait bien connu, que les malades présentant des lésions rentrant dans le cadre de l'ancienne scrofule, c'est-à-dire des tuberculoses atténuées telles que tuberculose osseuse, ganglionnaire, sont très peu susceptibles de contracter les formes graves, pulmonaires de l'infection tuberculeuse.

Quelques statistiques seront du reste plus éloquentes que toutes les descriptions.

Jadassohn, sur 19 cas de lichen scrofulosorum, a trouvé 14 cas associés d'une façon certaine à la tuberculose et seulement un cas qui en parut véritablement indemne.

Hebra, sur 100 cas, en trouvait 90 présentant des accidents scrofuleux.

Lukasiewicz, sur 43 cas, portant sur 35 hommes et 8 femmes, a pu établir la statistique suivante :

Lymphadénite scrofuleuse.	7 fois.
Scrofuloderme.	3 —
Carie des os du pied.	1 —
Conjonctivite lymphatique.	3 —
Lupus vulgaire.	6 —
Abcès froids.	2 —
Lymphadénome du cou.	1 —
Tuberculose généralisée (mort).	1 —

Lefebvre, dans les trois observations personnelles qui accompagnent son excellente thèse, a noté, dans un cas : de la blépharite ciliaire, des gommes tuberculeuses, une ulcération de la joue, de l'adénopathie sous-maxillaire, des lésions de tuberculose verruqueuse ; dans l'autre, des ganglions rétro-sternomastoïdiens, de l'adénopathie sous-maxillaire ; enfin, dans le troisième cas, de l'otorrhée, du lymphatisme et des ganglions.

Leredde, faisant une statistique d'après le relevé de la Table des matières des *Annales de Dermatologie*, de 1895 à 1901, trouve les 16 cas suivants :

Feulard. — Lichen scrofulosorum, Ganglions cervicaux suppurés.

Du Castel. — L. S. Adénopathies suppurées ; dacryocystite chronique et ulcération de la face.

Hallopeau et Bureau. — L. S. Cicatrices ganglionnaires.

Thibierge. — L. S. Tuberculose pulmonaire. Gommes multiples. Attaques de rhumatisme avec déformations articulaires.

Haushalter. — L. S. 2 cas. Dans les deux, polyadénopathies ; pas de signes cliniques de tuberculose nets. L'inoculation de fragments de peau biopsiée a donné la tuberculose au cobaye.

Neumann. — L. S. Lupus de la face.

Morris. — L. S. Adénites tuberculeuses suppurées du cou.

Gilchrist. — L. S. Chez une petite négresse ; polyadénopathie légère ; cependant, aucun phénomène de tuberculose.

A. Fournier. — L. S. Malade sans troubles de la santé

générale ni manifestations tuberculeuses. Darier fait observer que seule la biopsie peut trancher la question de la nature de la dermatose.

Wolff. — 3 cas de L. S. Dans les trois, autres symptômes tuberculeux : lupus, scrofuloderme ulcéreux, lymphadénites.

N. Walker. — L. S. Garçon de trois ans et demi : altération progressive de la santé générale ; on pense à une tuberculose péritonéale.

Danlos. — L. S. Gommès tuberculeuses. Ostéites. Lésions pulmonaires.

Hudelo et Herrenschildt. — L. S. Enfant de 12 ans : adénite tuberculeuse du cou ; adénopathies inguinales et cervicales ; coxalgie, etc...

L'existence d'un terrain tuberculeux est donc des plus nettes ; elle se constate, on a pu le voir, dans la presque totalité des cas. L'hérédité familiale n'est pas moins lourde ; très souvent on trouve des parents tuberculeux, ou morts de phthisie. Parmi nos tuberculoses cutanées atypiques, le lichen scrofulosorum est peut-être celle qui offre les rapports les plus étroits avec la tuberculose sous ses différentes formes.

Lefebvre attire l'attention sur ce fait que, dans un certain nombre d'observations, l'éruption de lichen scrofulosorum suit d'assez près les fièvres éruptives de l'enfance, en particulier la rougeole. Il est intéressant de rapprocher ce fait de l'observation faite par du Castel touchant la fréquence relative de l'apparition de tuberculose cutanée, disséminée, à la suite de rougeole.

Terminons enfin ces notions étiologiques en disant

quelques mots de l'âge auquel s'observe le lichen des scrofuleux. En règle générale, c'est une affection de l'enfance et de la puberté, rare après 20 ans. Il n'est cependant pas impossible qu'elle se montre à un âge beaucoup plus avancé. Lukasiewicz, dans sa statistique, trouve les résultats suivants : 27 cas au-dessous de 20 ans, 15 cas entre 20 et 30 ans et 2 au-dessus de 30 ans, dont 1 à l'âge de 56 ans.

Symptomatologie.

Les lésions du lichen scrofulosorum sont constituées par de petites papules, miliaires, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de millet, de forme arrondie, parfois acuminées, parfois très aplaties, peu résistantes, siégeant au niveau des orifices des follicules pilo-sébacés, et souvent centrées par un poil follet. Leur couleur est jaune ou rouge pâle, ou rouge brun, ou rouge livide ; elles ont parfois aussi la couleur de la peau saine. Elles ont à leur sommet une petite squame, beaucoup plus rarement une petite pustule ou une minuscule croûte. D'après Hallopeau, quand on les regarde de profil, elles peuvent présenter un aspect brillant qui rappelle celui du lichen plan.

Elles peuvent être isolées, ou groupées, ou cohérentes. Isolées, elles sont disséminées sans ordre, séparées par de larges espaces de peau saine ; groupées, elles forment des disques, des cercles ou des segments de cercles ; elles prennent la forme circinée. Cohérentes, elles forment des sortes de plaques, dont les dimensions varient de celles

d'une pièce de 5 francs à celles d'une pièce de 2 francs ; ces plaques étant formées par une agrégation de papules tassées ont une couleur brunâtre, chamois ou rougeâtre ; elles sont de forme irrégulière, mais à contours en général polycycliques : l'ensemble des petites squames ou des concrétions cornées, qui centrent chaque papule, forme un enduit squameux mince, qui se détache facilement. Parfois, surtout au niveau des placards les plus grands, le centre guérit avant les bords et l'éruption affecte alors une disposition irrégulièrement annulaire. Ces placards peuvent atteindre jusqu'à 10 centimètres d'étendue.

Les petites saillies formées par les papules sont dures et donnent à la main une impression de râpe, de peau chagrinée. Les follets qui siègent souvent au centre des papules peuvent être indemnes, mais ils peuvent aussi être cassés à la sortie du follicule ; dans ce cas M. Hallopeau a pu voir que cette particularité, unie à la légère desquamation pityriasique qui se fait au niveau des placards, pouvait rappeler l'aspect d'une plaque de teigne à petite spore du cuir chevelu.

Le siège d'élection de l'éruption est le tronc, sur sa face antérieure et sur sa face postérieure, et l'abdomen. A la partie supérieure du tronc, elle peut figurer un fichu, occupant les régions sternales, claviculaires, et les omoplates ; elle peut être disséminée irrégulièrement sur les lombes et les flancs. Mais cette localisation d'élection est loin d'être exclusive : on rencontre également des papules de lichen sur les membres ; parfois elles n'occupent que les bras et les cuisses, mais elles peuvent aussi descendre jusque sur les avant-bras et les jambes.

La localisation à la face a été fortement discutée ; lorsque Haushalter a obtenu une inoculation positive du cobaye par l'inoculation d'une papule de lichen scrofuloux, on a voulu récuser ce résultat, en déclarant que la papule ayant été prélevée à la face, le diagnostic de l'affection était douteux. En réalité un certain nombre d'observations prouvent que si la face est respectée la plupart du temps, elle peut aussi être atteinte d'une façon certaine. Il n'y a, en somme, rien d'étonnant à cela ; le lichen scrofulosorum peut s'observer partout où il y a un follicule pilo-sébacé.

Une disposition spéciale a été observée par M. Hallopeau, dans les cas où le lichen existe en même temps qu'une tuberculose franche de la peau, telle qu'une fistule d'abcès froid, de carie osseuse, une gomme tuberculeuse. Dans ce cas, M. Hallopeau a pu voir la lésion tuberculeuse immédiatement entourée d'une couronne de nodules rouge sombre, semblable à des nodules lupiques, et en dehors de ceux-ci les saillies miliaires du lichen scrofulosorum, de couleur chamois. Cette disposition est pour M. Hallopeau un argument en faveur de la théorie toxique de l'affection.

Quant à l'évolution du lichen scrofuleux elle est absolument discrète ; il évolue d'une façon silencieuse et peut passer inaperçu du sujet qui en est atteint, la démangeaison provoquée est en effet insignifiante ou même peut manquer complètement. L'éruption se fait lentement, en quelques semaines : une fois constituée elle peut durer des mois et même des années. Parfois elle semble disparaître, puis il se fait une poussée nouvelle, ou il survient

une rechute : les lésions peuvent durer aussi longtemps que l'état général du sujet n'est pas amélioré.

La guérison spontanée est la règle ; les papules guérissent d'elles-mêmes, sans laisser de traces. On a signalé, au niveau des placards étendus, une pigmentation brunâtre consécutive, qui peut durer assez longtemps, et de petites cicatrices blanches, lisses, légèrement déprimées, pouvant correspondre aux papules.

Formes atypiques.

A côté de la forme classique du lichen scrofulosorum, que nous venons de décrire, nous devons mentionner quelques types qui en diffèrent légèrement au point de vue clinique.

C'est ainsi que Jadassohn a décrit en 1896 des formes de lichen scrofuleux érythémateuses, annulaires ou circonscrites, sans papules et un type à petites plaques recouvertes de squames abondantes, d'aspect psoriasiforme.

Rona a décrit également en 1900 une forme avortée qu'il considère comme très fréquente, qu'il a rencontrée avec Csillag sur un grand nombre de malades présentant du lupus vulgaire ou des gommes scrofuleuses. Elle est constituée par de petits groupes irréguliers de papules à peine visibles, ou de petites taches polygonales squameuses, ou encore de simples taches érythémateuses, arrondies ou annulaires (correspondant à la forme décrite par Jadassohn) ; dans la plupart des cas cet exanthème est si faible, si peu prononcé, qu'on a peine à le remar-

quer. En dehors de ces lésions on peut trouver dans quelques cas le lichen scrofulosorum typique.

Enfin, dans ces formes atypiques nous rangeons trois des tuberculides périfolliculaires de Bœck : le pityriasis simplex de la face des enfants, l'eczéma scrofulosorum, et la tuberculide périfolliculaire papulo-squameuse : à notre avis ce ne sont là que trois formes, quelque peu modifiées, du lichen scrofuleux.

Le *pityriasis simplex de la face des enfants* se présente de la façon suivante : on observe au niveau du visage et du cou de petites macules, des placards plus ou moins hyperémiques et desquamants, des sortes de plaques circonscrites, pityriasiques, mais ne présentant aucun aspect séchorrhéique. On trouve presque toujours en même temps des ganglions tuméfiés, situés derrière l'angle du maxillaire, et des ganglions hypertrophiés sur les côtés du cou. L'habitus extérieur de ces petits malades est toujours celui des anciens scrofuleux : petitesse de la taille, apparence chétive, peau flasque et pâle, apathie, développement mental arriéré.

On observe fréquemment la coïncidence de cette forme avec du lichen scrofuleux typique du tronc ; au fur et à mesure que les lésions de celui-ci se rapprochent du cou, elles s'affaissent, s'aplatissent, pour arriver à prendre l'aspect que nous venons d'indiquer.

L'*eczéma scrofulosorum* survient tout à fait comme le lichen des scrofuleux, principalement chez les enfants d'un certain âge et chez les adultes jeunes. Il a absolument la même localisation et à peu près le même aspect que ce dernier ; il est caractérisé par des plaques rougeâtres ou

jaune chamois, plus ou moins infiltrées; qui souvent ne présentent aucun suintement, sont sèches et légèrement squameuses, mais peuvent être en partie suintantes et recouvertes de croûtes.

Cet aspect est à rapprocher d'une observation faite par Kaposi, qui a vu souvent en Allemagne le lichen scrofuloux typique se compliquer d'eczématisation secondaire, surtout au niveau du bas-ventre et des aines; il est vraisemblable qu'il s'agissait de la même forme que l'eczéma des scrofuloux de Bœck. Cet auteur signale en effet que cet eczéma siège principalement sur les membres inférieurs; il affecte souvent la forme de plaques, de dessins circinés ou de cercles incomplets; fréquemment, entre ces plaques, on trouve des papules plus ou moins volumineuses. Il arrive aussi que lorsque ces plaques entrent en voie de régression, il se produit un moment, vers la période terminale, où elles ne présentent plus que de petites papules circumpilaires, absolument semblables à celles du lichen scrofulosorum type.

Les sièges de prédilection sont, avec les membres inférieurs, les faces antérieure et postérieure du thorax, la face externe des bras avec les parties avoisinantes des avant-bras. Le cuir chevelu peut aussi être envahi et l'aspect est alors celui d'un pityriasis capitis. A part cette dernière localisation, on voit que la plupart des caractères de l'eczéma scrofuloux ne diffèrent que bien peu de ceux du lichen scrofulosorum, et que la première de ces affections peut être considérée comme une simple variété de la seconde.

La *tuberculide papulo-squameuse* est périfolliculaire,

disséminée, superficielle, constituée par des papules rosées, du volume d'un grain de chènevis ; ces papules sont recouvertes à leur centre d'une croûte cornée ou d'une squame épidermique. Les éléments de cette courte description, que nous empruntons à Bœck, sont absolument identiques, on le voit, à ceux du lichen scrofuleux et l'on peut se demander comment Bœck a été amené à établir ce nouveau type ; la différence, pour le dermatologiste de Christiania, consiste en ce que la tuberculide papulo-squameuse a ses papules disséminées, tandis que celles du lichen scrofuleux se groupent plutôt en placards. Il ne nous paraît pas y avoir, dans ce simple fait, les éléments d'une différenciation ; nous croyons qu'il y a intérêt à ne pas multiplier des types, en somme, à peu près semblables ; une pareille tendance ne peut que rendre plus difficile l'étude d'une question, dans laquelle il importe avant tout de mettre un ordre rigoureux.

Diagnostic.

Le diagnostic du lichen scrofulosorum n'offre pas grandes difficultés ; il suffira de penser à deux ou trois autres affections cutanées qui peuvent le simuler et avec lesquelles on pourrait le confondre.

La *syphilide lichénoïde* ou *syphilide miliaire* se présente sous forme de petites papules granuleuses, légèrement saillantes, parfois squameuses, de la grosseur d'un grain de millet, circulaires, pouvant avoir les mêmes localisations que le lichen scrofuleux. Cependant certains carac-

tères permettent la différenciation : souvent, à côté de papules squameuses sur toute leur surface, on en trouvera d'autres chez lesquelles l'enduit squameux n'existe plus sur le sommet de la papule et ne persiste plus que sur les bords, formant une mince collerette épidermique. En outre on trouve souvent des papules en voie de régression, qui présentent une couleur jambonnée caractéristique, ou même, si elles ont disparu, laissent à leur place la macule cuivrée caractéristique des lésions spécifiques. D'autre part, les papules syphilitiques miliaires n'ont aucune tendance à se grouper en placards ; elles conservent le plus souvent leur individualité. Ajoutons enfin que la consistance n'est pas la même ; la papule de lichen scrofulosorum est molle et se laisse énucléer facilement, alors que la syphilide lichénoïde a une consistance ferme, donne une sensation rénitente sous le doigt.

L'*eczéma papuleux* est encore plus facile à reconnaître ; il existe pourtant des formes à progression excentrique, où le centre des placards eczémateux est en régression, tandis que la périphérie est encore en activité ; cet aspect peut rappeler l'aspect annulaire de certaines plaques de lichen scrofulosorum ; cependant un examen attentif permettra presque toujours de reconnaître quelques vésicules ; les squames sont plus épaisses, le prurit plus accusé.

Un élément qui facilitera le diagnostic est la coexistence, à peu près constante, dans le lichen scrofuleux, d'autres stigmates tuberculeux : adénopathies tuberculeuses, tuberculose osseuse, pulmonaire, etc...

Anatomie pathologique.

Kaposi, qui avait étudié le premier l'histologie du lichen scrofuleux, nous en a laissé une description qui a été complètement modifiée par les examens ultérieurs et qui ne présente plus qu'un intérêt historique, c'est-à-dire médiocre. Les papules de cette affection étaient constituées, pour lui, par une masse semi-globuleuse de cellules épidermiques, ne différant en rien de celles de l'épiderme normal et siégeant au niveau de l'orifice des follicules pileux.

Les travaux de Jacobi, puis de Sack, nous ont donné pour la première fois une description des lésions, exacte et réelle, et qui a été confirmée par tous les travaux de ces dernières années. Ces auteurs ont établi que la structure des papules du lichen scrofuleux est celle du tubercule miliaire, c'est-à-dire qu'on y trouve des cellules géantes, entourées de cellules épithélioïdes. Cette étude a été reprise, confirmée et précisée par les examens de Darier, de Leredde, de Jadassohn.

Dans leur ensemble et à un faible grossissement, les lésions sont représentées par un agglomérat cellulaire, implanté après le corps papillaire, et en rapport avec un follicule pileux. Le corps muqueux, dans la partie qui correspond à cette infiltration, ne présente aucun bourgeon interpapillaire ; sa couche basale forme une ligne droite ; les bourgeons reprennent, à droite et à gauche, de chaque côté, de l'agglomération cellulaire. Celle-ci est limitée par le bas, par une sorte de condensation du tissu conjonctif du derme.

Examinons maintenant les lésions des différents étages de ce petit nodule ainsi circonscrit.

Les altérations de l'épiderme ne présentent pas grand intérêt. Dans son ensemble, le corps muqueux est refoulé par l'infiltration sous-jacente, déterminant ainsi la saillie et la forme globuleuse de la papule. Les cellules du corps de Malpighi présentent en assez grand nombre l'altération vacuolaire de Leloir. Les couches inférieures du corps muqueux sont infiltrées par places, par de petits amas de lymphocytes. La granuleuse disparaît souvent.

Dans le derme, l'infiltration est systématisée autour d'un follicule pileux, dont l'orifice est en général obstrué par un bouchon corné ; elle est constituée par un amas de lymphocytes, de cellules fixes du tissu conjonctif et assez souvent aussi par des cellules géantes. Cet infiltrat présente en général une disposition en boyaux, qui s'explique par son apposition au follicule ; mais il peut aussi affecter une forme nodulaire, arrondie.

Les lymphocytes sont peu altérés ; Leredde a constaté qu'ils étaient surtout nombreux à la périphérie, là où l'amas cellulaire est plus dense. Il a constaté également que les altérations des cellules fixes sont très importantes : leur noyau est déformé, allongé ; leur protoplasma est presque casécéux, inégalement colorable ; il envoie des prolongements granuleux irréguliers.

L'infiltrat comprend encore des plasmazellen en plus petit nombre.

Enfin, on trouve, disséminées ou groupées, et siégeant de préférence au centre de l'infiltration, des lésions typiques de follicule tuberculeux : cellules géantes et cel-

lules épithélioïdes. Les cellules géantes sont tantôt irrégulières de forme, tantôt arrondies et sont alors entourées par une couronne régulière de noyaux ; tout autour, on observe des cellules épithélioïdes nettes, à un ou plusieurs noyaux, et des cellules lymphoïdes.

A l'intérieur de ces nodules d'infiltration on peut observer des vaisseaux altérés, à parois tuméfiées, à endothélium épaissi ; ils peuvent aussi manquer.

Tout autour du nodule l'infiltration va en diminuant ; elle se localise alors autour des vaisseaux, formant des manchons périvasculaires.

Nous avons dit que Jacobi, puis Sack, avaient été les premiers à observer la présence de cellules géantes. Ils n'avaient toutefois pas remarqué de tendance à la caséification ; mais Jadassohn, Leredde ont observé de vrais noyaux caséifiés ; Darier, Hallopeau, Laffite, Colombini ont observé de nombreuses cellules géantes, ainsi que Riehl, Lukasiewicz. Une remarque doit toutefois être faite à propos de ces deux derniers auteurs : ils ont bien vu des cellules géantes, mais elles n'ont pas pour eux la même valeur que pour les autres dermatologistes que nous venons de citer. Ceux-ci les considéraient comme un signe de la nature tuberculeuse du lichen scrofulosorum ; tel n'est pas l'avis de Riehl ni de Lukasiewicz. Ils ont bien trouvé des cellules géantes, mais aucun tissu de granulation et aucune cellule épithélioïde ; en outre, les cellules géantes qu'ils ont vues ne présentaient jamais la belle disposition typique des tubercules miliaires ; il leur paraît donc exister des différences importantes entre la structure de ceux-ci et celle des papules de lichen. Les examens

attentifs de Jadassohn lui ont prouvé au contraire que ni le réticulum, ni la coagulation protoplasmique des cellules épithélioïdes, ni les altérations du tissu élastique au voisinage des nodules, qu'on rencontre dans le lupus, ne faisaient défaut dans le lichen scrofuleux. La structure est donc bien celle du tubercule miliaire.

La recherche des bacilles et les inoculations expérimentales ont également fourni des résultats probants en faveur de la nature tuberculeuse de l'affection.

C'est encore Jacobi qui réussit le premier à trouver des bacilles; après plusieurs échecs, il réussit à colorer d'abord des formes dégénérées du bacille de Koch, sous forme de deux bâtonnets distincts et assez sombres, puis un bacille très net, bien visible, situé entre plusieurs cellules géantes. Ces résultats de Jacobi furent souvent contestés parce qu'ils restaient isolés, mais six ans plus tard, Wolff put observer des bacilles tuberculeux typiques dans des papules de lichen scrofuleux.

Ces deux résultats suffisent à entraîner la conviction, malgré les insuccès des recherches de Riehl, Darier, Lukaziewicz, Leredde, Jadassohn, insuccès qui n'ont que la valeur de faits négatifs et sont d'autant plus compréhensibles que les bacilles sont extrêmement rares et que nous n'arrivons peut-être pas toujours à les colorer.

On peut en dire autant des inoculations: à côté de nombreux faits négatifs, il faut citer les faits probants de Jacobi, de Pellizzari, d'Haushalter, de Wolff. Jacobi ayant inoculé un lapin dans le péritoine observa une tuberculose mésentérique très nette, avec ganglions contenant des bacilles tuberculeux en abondance. Pellizzari, avec des

papules du début d'une éruption de lichen, n'obtint que des résultats négatifs: plus tard, l'affection ayant évolué, il obtint une tuberculose expérimentale du cobaye.

Haushalter obtint dans deux cas les résultats suivants (Lefebvre): un cobaye est inoculé, dans la paroi abdominale, avec le produit de raclage de nodules de lichen scrofulosorum du bras. Le cobaye meurt trois mois et demi plus tard: on trouve des nodules tuberculeux, caséux, dans la paroi abdominale, une rate hypertrophiée, un foie présentant de la cirrhose tuberculeuse, des ganglions tuberculeux dans le hile des poumons. Une deuxième inoculation faite avec des papules du même sujet à un autre cobaye donna des résultats analogues.

Wolff a obtenu également des résultats positifs chez le cobaye.

Reste l'étude de l'action de la tuberculine, étude qui a été faite de différents côtés. Neisser a observé dans deux cas une réaction locale évidente. Pellizzari a observé cette réaction, très nette, dans un cas de lichen scrofuleux. Enfin Jadassohn l'a obtenue dans quatorze cas sur seize. Ceci se passe de commentaires.

Tous les auteurs qui se sont occupés de la question du lichen scrofulosorum ont rapporté l'observation de Schwenninger et Buzzi, dans laquelle, à la suite d'une injection de tuberculine chez un tuberculeux, on vit apparaître une éruption de lichen scrofuleux. Certains auteurs, en particulier M. Hallopeau, ont vu là un argument capital en faveur de la nature toxi-tuberculeuse de l'affection. Or il paraît bien difficile d'admettre qu'en vingt-quatre heures la tuberculine ait pu produire des

lésions qui contiennent des cellules géantes. Il paraît infiniment plus probable que la tuberculine a simplement mis en évidence, par suite d'une réaction locale, des lésions suffisamment discrètes auparavant pour passer inaperçues.

Quoi qu'il en soit, nous avons maintenant assez d'éléments réunis pour pouvoir affirmer de la façon la plus indiscutable la nature tuberculeuse du lichen scrofulosorum. Peu de nos tuberculoses atypiques peuvent même nous fournir un faisceau de preuves aussi convaincantes. On peut se demander comment il a fallu si longtemps pour que la nature tuberculeuse de l'affection soit généralement admise et reconnue. A cela on ne voit qu'une seule raison : c'est tout simplement parce que le lichen scrofulosorum est une maladie toujours curable, spontanément curable, guérissant sans laisser de cicatrices. Tant était grande l'influence exercée sur les esprits par l'ancienne conception des lésions tuberculeuses qu'on ne pouvait se décider à leur assimiler cette dermatose si bénigne ! La question du lichen scrofulosorum devient ainsi extrêmement intéressante et Leredde attirait récemment l'attention sur ce sujet : « Nous ne connaissons pas, disait-il, dans les viscères, de tuberculose comparable. On ne nous a pas parlé de bronchites, dues à des tubercules superficiels des bronches, persistant quelques mois, guérissant quoiqu'on fasse, sans laisser d'ulcérations, de cicatrices, guérissant sans aucun reliquat. On ne nous a pas parlé d'entérites dues à des tubercules de l'intestin et guérissant de même... Nous voilà amenés à nous demander si nous connaissons bien toutes les formes de la tuberculose viscé-

rale, si nous connaissons en particulier les formes bénignes, non virulentes, qui échappent à notre observation lorsqu'elles ne tuent pas le malade, et lorsque nous n'avons pas de moyens de mettre en évidence l'existence de bacilles, trop rares et trop peu virulents. »

Nous rapprocherons donc le lichen scrofulosorum des tuberculoses des séreuses, méningée, articulaires, guérissant d'elles-mêmes, que nous avons déjà décrites et nous reconnaitrons qu'au même titre que ces processus, le lichen scrofulosorum est une des manifestations qui doivent le plus contribuer à nous faire modifier notre conception de la tuberculose dans le sens que nous avons déjà indiqué, c'est-à-dire d'une maladie infectieuse, capable de produire des accidents fugaces, passagers, transitoires, spontanément curables.

Observations.

OBSERVATION XXXIV

HALLOPEAU. — *Sur un cas de lichen scrofulosorum et la nature tuberculeuse de cette affection.*

Louise B..., âgée de 7 ans. *La mère a perdu une sœur d'une maladie de poitrine. L'enfant a depuis des années des gommes et des adénopathies tuberculeuses ulcérées au-dessous du menton ; vers la même époque, s'est développé, au pouce de la main droite, un spina-ventosa. Depuis un mois une affection analogue intéresse l'index de la même main. A la même époque, a paru l'éruption de lichen.*

L'enfant est de constitution moyenne ; son état général est

relativement satisfaisant. Elle présente, sous le menton, une saillie arrondie du volume d'une figue, de coloration rosée, résistante au toucher et ulcérée dans sa partie médiane. Cette saillie offre tous les caractères d'une *gomme tuberculeuse*. *Les ganglions voisins sont considérablement tuméfiés.*

L'éruption de lichen a pour siège le tronc et les extrémités supérieures des cuisses. Elle est essentiellement constituée par des papules, dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un grain de millet. Leur forme est arrondie ; leur coloration varie du rouge pâle au rouge vif ; quand on les regarde de profil, on leur reconnaît un aspect luisant, qui rappelle celui des papules de lichen plan. On voit, en outre, que la plupart d'entre elles présentent, dans leur partie centrale, une dépression punctiforme, en rapport avec leur localisation dans les follicules pilosébacés. Quelques-unes sont isolées, mais la plupart sont disposées en groupes assez régulièrement circulaires, dont le diamètre varie de 1 à 8 centimètres. Les grands placards sont constitués par la confluence de groupes plus petits, ne dépassant pas les dimensions d'une pièce de 5 francs. Dans ces groupes, les éléments sont en partie confluents, en partie séparés par des intervalles de peau saine ; un très petit nombre de papules sont surmontées par une goûtelette de pus ou par une croûte.

Les plaques sont nombreuses ; elles sont presque toutes situées entre les mamelons et le pubis ; les membres sont presque complètement indemnes ; on voit seulement un petit nombre de papules à la partie supérieure des cuisses et 3 groupes éruptifs, à caractères tout particuliers ; l'un d'eux occupe la cuisse gauche, les 2 autres la jambe droite. Les papules de lichen y sont disposées autour de cicatrices et de nodules lupiques dont elles sont manifestement l'expansion ; au centre, on voit une cicatrice du diamètre d'une pièce de 50 centimes, à surface légèrement gaufrée ; elle s'est manifestement développée consécutivement à une altération profonde de la peau ; il s'est agi certainement d'une lésion de nature tuberculeuse, très probablement d'une gomme semblable à celle qui existe au cou ; l'on voit à sa périphérie une

couronne de nodules d'un rouge sombre et légèrement saillants, qui ont tous les caractères de nodules lupiques ; c'est en dehors de ces nodules que sont disséminées les taches et les saillies miliaires de lichen, beaucoup plus pâles, donnant au toucher une sensation de rudesse.

Les ganglions des régions inguinales et axillaires sont légèrement tuméfiés.

OBSERVATION XXXV

FEULARD. — *Lichen scrofulosorum* (Société de dermatologie, avril 1895)
(Résumée).

Garçon de 10 ans ; père emphysémateux ; mère a eu beaucoup de glandes au cou ; une sœur présente une adénopathie polyganglionnaire très accentuée.

A eu la rougeole à 2 ans, une fluxion de poitrine, qui aurait duré 2 mois, à 3 ans, puis une coqueluche. A 4 ans a commencé à présenter une adénopathie sous-maxillaire très marquée.

L'enfant présente l'aspect scrofuleux ; nombreuses cicatrices de ganglions suppurés ; deux ganglions suppurent encore actuellement.

L'éruption cutanée a débuté depuis un mois. Elle occupe principalement le tronc ; elle forme dans cette région de nombreux placards éruptifs, allongés, de forme ovale, de dimensions variables. Ils sont formés par des papules rosées, d'un rose un peu éteint, sèches, recouvertes à leur sommet, pour la plupart, d'une petite squame ; quelques-unes sont surmontées d'une petite pustulette. Par leur groupement ces papules forment des ovales ou des cercles incomplets ; à l'intérieur de ces cercles la peau a l'apparence normale, ou bien est parsemée de papules isolées.

L'éruption occupe le tronc, le bas-ventre, les aines ; elle semble suivre une marche descendante. Les bras sont peu atteints ; les jambes sont indemnes.

Il n'existe pas de démangeaisons.

OBSERVATION XXXVI

LEREDDE. — *Étude histologique sur un cas de lichen scrofulosorum.*
(Société de Dermatologie. Novembre 1895) (Résumée).

L'étude histologique a porté sur les lésions du petit malade présenté par M. Feulard. Elle a révélé les lésions suivantes :

On voit, en un point limité du corps papillaire, une agglomération de cellules, enclose d'une manière précise par le tissu conjonctif profond d'une part, l'épiderme de l'autre, faisant place brusquement sur les côtés aux tissus sains. Ce foyer refoule l'épiderme, qui prend une forme convexe, expliquant la formation des papules.

Les cellules qui le forment sont d'un aspect variable. Ce sont, en majeure partie, des lymphocytes peu altérés, surtout nombreux à la périphérie, là où l'amas cellulaire est plus dense.

Les cellules fixes sont très altérées : leur noyau est déformé, condensé, allongé ; leur protoplasma est inégalement colorable, presque caséeux, envoyant des prolongements granuleux irréguliers. Pas de plasmazellen.

Les vaisseaux sanguins sont très apparents dans le centre du foyer ; leurs parois sont tuméfiées, leurs noyaux endothéliaux sont plus denses.

Les lésions de l'épiderme sont simples : il est envahi par de petits amas de lymphocytes ; beaucoup de cellules sont vacuolaires. Les cônes interpapillaires ont disparu au niveau du foyer et reparaissent sur les bords.

Le foyer est indépendant de tout appareil folliculaire ; dans les préparations on trouve un follicule pilo-sébacé normal.

Sur des coupes en série on peut cependant constater que la papule est en relation directe avec le follicule pileux et qu'elle présente des caractères qui permettent de la rattacher à la tuberculose.

Sur des préparations qui intéressent l'ouverture du follicule, l'amas cellulaire a pris des caractères typiques : on y trouve une zone périphérique où prédominent les lymphocytes, une moyenne où apparaissent des cellules épithélioïdes, une centrale périfolliculaire, où on voit des cellules géantes. Celles-ci présentent, quand elles sont arrondies, une couronne complète de noyaux. Les cellules épithélioïdes, à un ou plusieurs noyaux, sont extrêmement nettes.

Le follicule pileux est complètement altéré.

Recherche des bacilles et inoculation négative.

OBSERVATION XXXVII

Du CASTEL. — *Lichen scrofulosorum* (Société française de Dermatologie, 13 juin 1895) (Résumée).

Jeune homme de 19 ans. Constitution robuste à première vue. Mais *ganglions tuberculeux de la région cervicale, dont plusieurs ramollis et ouverts à l'extérieur*. Sur la joue droite, ulcération de nature manifestement tuberculeuse, consécutive à une dacryocystite suppurée ayant débuté d'une façon aiguë il y a 18 mois.

Dans ces derniers temps est survenue une éruption, occupant une grande partie de la surface du corps, sans démangeaisons, sans sensations subjectives, à laquelle le malade n'attache pas d'importance. L'éruption dessine une espèce de fichu éruptif à la partie supérieure de la poitrine et du dos et sur les épaules.

On l'observe également au niveau des aines, de l'abdomen et des reins. Rien sur les membres.

L'éruption est sèche : pas le moindre suintement. Au bas du tronc elle est constituée par des papules petites, peu acuminées, de couleur fauve, centrées chacune par un poil follet.

L'éruption de la partie supérieure du thorax forme un quadrillage, un réticulum dont les mailles sont occupées par la peau saine.

Les lésions éruptives consistent en trainées linéaires de papules beaucoup moins saillantes que celles des autres régions du corps ; ce sont, à première vue, des amas épidermiques plutôt que de véritables papules. Du centre de chaque amas épidermique émerge un poil follet.

OBSERVATION XXXVIII

HALLOPEAU et BUREAU. — *Sur un cas typique de lichen scrofulosorum.*
(Société française de Dermat. Juillet 1896) (Résumée).

Adolescent de 13 ans.

Père et mère morts phthisiques.

L'enfant a toujours eu des glandes au cou. — L'éruption pour laquelle il entre à l'hôpital date de 3 ans ; elle a débuté par le dos mais s'est rapidement généralisée sur tout le tronc, sans jamais s'effacer.

Actuellement l'enfant présente tout à fait un *facies scrofulotuberculeux* : *adénopathie cervicale prononcée, chapelet ganglionnaire rétro-maxillaire et préauriculaire.* — Sur le côté droit du cou, *cicatrice consécutive à l'ouverture d'un ganglion suppuré.* — Hypertrophie ganglionnaire au niveau des aisselles et des aines.

Éruption surtout accentuée sur le tronc ; elle y est disposée d'une façon symétrique, rappelant l'eczéma séborrhéique. On l'observe également à la région sacrée, sur l'abdomen. Sur la face externe des bras, les lésions sont disséminées ou disposées en plaques arrondies ou allongées transversalement. Elles sont constituées par de petites papules, du volume d'une tête d'épingle, acuminées, de couleur blanc rosé, présentant à leur sommet une petite concrétion cornée, centrée par un poil. Les papules sont isolées ou agminées, pour former des plaques arrondies ou ovalaires. Elles prennent souvent la forme circinée, le centre des plaques restant indemne, tandis que la périphérie est formée par plusieurs rangées concentriques de ces petites papules.

Au niveau de ces taches la peau offre le type de la chair de poule; au toucher on sent une surface rugueuse, chagrinée, donnant la sensation d'une râpe.

Chaque élément papuleux est centré par un poil follet. Ce follet est parfois indemne; souvent il est cassé à sa sortie du follicule. Il y a au niveau des plaques une légère desquamation pityriasique et par endroits l'aspect rappelle celui d'une plaque de teigne à petite spore du cuir chevelu.

OBSERVATION XXXIX.

HAUSHALTER. — *Lichen scrofulosorum chez l'enfant; nature tuberculeuse de l'affection.* (*Société de Dermat.*, mai 1898) (Résumée).

Garçon de 12 ans. — Père bien portant; mère a toussé pendant 5 ans, de 25 à 30 ans.

Rougeole un mois avant les lésions intances; a toussé plusieurs mois à la suite de la rougeole; à la suite otorrhée. L'éruption cutanée ne s'est guère modifiée depuis un an.

État général bon; aspect lymphatique. Aux angles de la mâchoire inférieure ganglions durs, mobiles; otorrhée persistante à gauche.

Sur le tronc existent 50 à 60 éléments papuleux, du volume d'un grain de millet à celui d'un grain de chènevis, un peu aplatis, rosés, recouverts à leur centre d'une croûte cornée ou d'une squame épidermique.

Les mêmes éléments existent sur les membres supérieurs du côté de l'extension; à la face on voit une trentaine de papules analogues.

Un cobaye est inoculé avec le produit de raclages de plusieurs nodules du bras; il meurt au bout de 3 mois et demi; on trouve des tubercules curieux dans la paroi abdominale, une infiltration tuberculeuse de la rate, du foie, des poumons. Un autre cobaye inoculé avec du produit de raclage de nouvelles papules, meurt également tuberculeux 5 mois plus tard.

OBSERVATION XL.

DANLOS. — *Lichen scrofuloux, ulcérations scrofuleuses multiples.*
(*Société de Dermatologie*, mai 1900) (Résumée).

Malade de 15 ans.

Père et mère bien portants. *Le malade tousse depuis quelque temps.* Développement insuffisant, amaigrissement général; thorax rachitique.

Abcès ganglionnaires développés dans la région sus-hyoïdienne, formant collier d'une oreille à l'autre. Rupia scrofuloux au niveau du creux sus-sternal. Une fistule osseuse existe sous le mamelon gauche.

Une éruption est disséminée sur le tronc, respectant les membres. Elle est surtout développée au voisinage de la fistule thoracique. Elle présente des éléments disséminés, les autres groupés. Les premiers sont des saillies papuleuses, petites, siégeant au niveau des orifices pilo-sébacés; quelques-unes sont couronnées d'une croûte squameuse. Les éléments groupés prédominent et constituent des placards. Leur dimension varie de celle d'une pièce de 2 francs à celle d'une pièce de 5 francs. Les plus petits sont pleins dans toute leur étendue; ils sont formés par la coalescence des éléments primitifs, et constituent des plaques rouges, saillantes, surmontées de croûtes squameuses. Les placards plus grands ont une forme irrégulièrement annulaire, à cause de la tendance à la guérison des éléments du centre.

Quelques petites plaques sur le scrotum.

Trois foyers de lymphangite scrofulo-gommeuse sur le bras droit; le médius de la main droite a perdu 2 phalanges; plusieurs fistules osseuses.

Sur le bras gauche, cicatrices d'anciennes lésions tuberculeuses.

Les pieds présentent des tuberculides nécrotiques.

L'auscultation révèle une caverne du sommet gauche avec respiration amphorique.

OBSERVATION XLI.

HUDELO et HERENSCHMIDT. — *Un cas de lichen scrofulosorum.*

(*Société de Dermatologie*, juillet 1901). (Résumée).

Jeune garçon de 12 ans.

Père mort tuberculeux, mère en bonne santé.

Sur 4 enfants, 2 sont morts de bronchite.

Le petit malade a eu à 18 mois une *coxalgie de la hanche gauche*; à 9 ans, rougeole, compliquée de kératite et de blépharite. A ce moment il aurait eu une éruption semblable à celle dont il est actuellement porteur, et qui aurait disparu spontanément en 3 à 4 mois.

Il y a 18 mois, *suppuration d'origine osseuse de la hanche.*

Le malade est chétif, amaigri, mal venu. *Adénopathies cervicale et inguinale. Adénite tuberculeuse ulcérée du coude.*

L'éruption présentée par l'enfant occupe principalement le tronc; elle se prolonge sur les membres jusqu'au coude et jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Le visage est indemne.

L'éruption forme des placards circulaires, de 1 à 4 centimètres de diamètre; quelques-uns au niveau du dos sont plus étendus, ont une forme irrégulière, mais à contour polycyclique.

Ces placards sont de couleur brunâtre, chamois; quelques-uns ont le coloris de la peau normale; au début ils étaient franchement rouges. Chacun d'eux est constitué par une agrégation de papules, du volume d'une tête d'épingle, rondes, plates, ou à peine acuminées, qui répondent à des follicules pilo-sébacés; çà et là on note de petites squames à leur niveau. Ces papules font une saillie légère, dure qui donne à la main une impression de râpe.

Ni douleur ni prurit.

OBSERVATION XLII.

COLOMBINI. — *Sur un cas de lichen scrofulosorum* (Giorn. ital. dell. malat. vener. et del. pelle, 1901, fasc. 3) (Résumée par THIERGE).

Femme de 25 ans.

Tuberculose des ganglions cervicaux avec fistule. Adénopathie cervicale, inguinale et axillaire. Tuberculose pulmonaire.

A l'examen microscopique, C... a constaté une infiltration diffuse de cellules rondes dans les couches superficielles du derme, spécialement autour des follicules pilo-sébacés et de leur collet, formant à celui-ci un manchon épais. Dans les papilles qui entourent l'orifice des follicules, on voit une infiltration cellulaire composée de leucocytes, de plasmazellen, de *cellules épithélioïdes* et de *cellules géantes*, constituant des *tubercules miliaires*. Toutes les papules cutanées, isolées ou confluentes, ont l'aspect caractéristique des tubercules miliaires. La recherche du bacille de Koch dans les préparations a été constamment négative. L'inoculation aux animaux de papules lichénoïdes excisées, émulsionnées dans le bouillon ou l'eau stérilisée a été également négative; mais C... a obtenu, chez quatre cobayes, en leur inoculant dans le péritoine le produit de grattage de petites pustules miliaires, émulsionné dans du bouillon stérilisé, des lésions tuberculeuses du péritoine, de la rate, du foie et des ganglions mésentériques.

Bibliographie.

BAZIN. — Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule. Paris, 1861.

BROCQ. — Traitement des maladies de la peau. Paris, 1890.

- BRONSON. — Un cas de lichen scrofulosorum. *Arch. of Dermat.*, 1882.
- BARTHÉLEMY. — Note sur deux variétés distinctes de folliculites généralisées. *Bulletin de la Société franç. de dermat.*, 1890.
- DU CASTEL. — Lichen scrofulosorum. *Bulletin de la Société de dermat.*, juin 1896.
- DUHRING. — Traité pratique des maladies de la peau (Lichen scrofulosorum), 1883.
- DARIER. — Les tuberculides cutanées. *Société de dermat.*, décembre 1896.
- EHRMANN. — Lichen scrofulosorum. *Archiv für Dermat. und Syph.*, 1893, Bd XXV.
- Un cas de lichen scrofulosorum. *Archiv für Dermat. und Syph.*, 1897, Bd XXXIX.
- FEULARD. — Lichen scrofulosorum. *Société franç. de dermat.*, avril et juillet 1896.
- COLCOTT FOX. — Acné scrofulosorum chez les enfants. *British Journ. of Dermat.*, novembre 1895.
- GRINDON. — Un cas de lichen scrofulosorum. *Journ. of cutan. and genit.-urin. diseases*, 1892.
- HEBRA. — Traité des maladies de la peau. Article lichen scrofulosorum, 1872.
- HALLOPEAU. — Sur un cas de lichen scrofulosorum et la nature tuberculeuse de cette affection. *Société de dermat.*, mars et avril 1892.
- Étude sur les différentes formes de tuberculose cutanée et leurs localisations. *Union méd.*, 1893.
- Sur un cas de lichen scrofulosorum simulant la pityriasis rubra et le lichen de Wilson. Démonstration de sa nature tuberculeuse. *Société de dermat.*, juillet 1894.
- Sur un cas typique de lichen scrofulosorum, sa nature et ses relations avec l'eczéma séborrhéique. *Société de dermat.*, juillet 1896.
- HALLOPEAU et BUREAU. — Deuxième note sur un cas de lichen scrofulosorum. *Société de dermat.*, novembre 1896.

- HAUSHALTER. — Lichen des scrofuleux. *Société de médecine de Nancy*, 27 mai 1896.
- Deux nouveaux cas de lichen scrofulosorum chez l'enfant. Nature tuberculeuse de l'affection. *Société de dermat.*, mai 1898.
- JACOBI. — Pathologie et pathogénie du lichen des scrofuleux. *Comptes rendus du III^e Congrès allemand de dermat.* Leipzig, 1891.
- JADASSHON. — Sur le lichen scrofulosorum. *Archiv f. Dermat. und Syph.*, 1896, Bd XXXVII.
- KAPOSI. — Lichen scrofulosorum (Hebra). *Archiv f. Dermat. und Syph.*, 1869, Bd I.
- Leçon sur les maladies de la peau. Art. lichen des scrofuleux.
- Constitution du groupe lichen. *Congrès internat. de dermat. de 1889*.
- Deux cas de lichen des scrofuleux. *Archiv f. Dermat. und Syph.*, 1895, Bd XXXII.
- LESSER. — Traité des maladies de la peau. Leipzig, 1885.
- LUKASIEWICZ. — Sur le lichen scrofuleux. *Archiv f. Dermat. und Syph.*, 1894, Bd XXVI.
- LEREDDE. — Étude histologique sur un cas de lichen des scrofuleux. *Société de dermat.*, novembre 1894.
- Les notions nouvelles sur les tuberculoses de la peau. *Congrès de Toulouse*, avril 1902.
- LEFEBVRE. — Lichen scrofulosorum. *Thèse*, Nancy, 1898.
- MENEAU. — A propos d'un nouveau cas de tuberculide cutanée. *Presse médicale*, avril 1898.
- Le lichen des scrofuleux. *Journal des maladies cutanées*, janvier 1899.
- NEUMANN. — *Deutsche med. Wochenschrift*, 1891, n° 14.
- NEISSER. — État actuel de la question du lichen. *XI^e Congrès internat. de médecine*. Rome, 1895.
- PELLIZZARI. — Lichen scrofulosorum. *III^e Congrès internat. de dermat.* Londres, 1896.
- RIEHL. — Démonstration de préparations microscopiques de

- lichen scrofulosorum. *Archiv f. Dermat. und Syph.*, 1892, Bd XXIV.
- SCHWENNINGER. — *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1890, n° 12.
- SCHIFF. — Un cas de lichen scrofulosorum. *Archiv f. Dermat. und Syph.*, 1891, Bd XXIII.
- SACK. — Contribution à l'anatomie et à la pathogénie du lichen des scrofuleux. *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1893, n° 11.
- THIBIERGE. — Folliculites miliaires rappelant le lichen scrofulosorum chez un tuberculeux. *Société de dermat.*, février 1898.
- UNNA. — Histopathologie des maladies de la peau. Berlin, 1894.
- WOLF. — Lichen scrofulosorum. *VI^e Congrès allemand de dermatologie*. Strassbourg, 1898.
- N. WALKER. — Cas de lichen scrofulosorum. *The Scottish medic. and Surgic. Journ.*, avril 1898.
- GILCHRIST. — Un cas de lichen scrofulosorum. *Dermatological Soc. of London*, septembre 1898.
- DANLOS. — Lichen scrofuleux. Altérations scrofulo-tuberculeuses multiples. *Société de dermat.*, mai 1900.
- COLOMBINI. — Sur un cas de lichen scrofulosorum. *Giornale ital. delle malat. vener. et delle pelle*, 1901, fasc. 3.
- HUDELO et HERENSCHMIDT. — Un cas de lichen scrofulosorum. *Société de dermat.*, juillet 1901.
- JADASSHON. — *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1899, n° 46.
- LITTLE. — Lichen scrofulosorum. *Dermat. Soc. of Lond.*, avril 1900.
- PINKUS. — Lichen scrofulosorum. *Dermatolog. Zeitschr.*, décembre 1900.
- NEISSER. — Lichen scrofulosorum. *Archiv f. Dermat. und Syph.*, 1900, Bd LIII.
- NOBL. — Lichen scrofulosorum. *Wien. Dermat. Gesellsch.*, mai 1900.
-

CHAPITRE VII

LA NATURE TUBERCULEUSE DU LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

L'étude de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux se présente à nous avec un intérêt historique et théorique des plus attachants : ce sont en effet les discussions qui eurent lieu sur l'origine et la nature du lupus érythémateux qui servirent de point de départ à toute la théorie des tuberculides, et d'autre part c'est pour ou contre cette nature tuberculeuse que se sont livrés les plus rudes combats, c'est en sa faveur, ou contre elle que l'on a pris le soin d'amasser les arguments, les statistiques, les recherches histologiques, les inoculations expérimentales.

Nous assistons ici à un fait des plus curieux : toute une série de dermatoses, dont les rapports avec la tuberculose n'ont pu être entrevus que par leurs analogies avec le lupus érythémateux, et grâce aux efforts faits pour classer celui-ci parmi les manifestations tuberculeuses, ont vu l'opinion des dermatologistes se modifier à leur égard ; on a admis de plus en plus leurs relations avec l'infection tuberculeuse, et cela, non seulement en France, la patrie des tuberculides, mais même dans l'école allemande, si fidèle pourtant à sa conception anatomique de

la tuberculose ; des esprits aussi larges que ceux de Neisser et de Jadassohn ont évolué peu à peu, jusqu'à admettre aujourd'hui la nature tuberculeuse du lichen scrofulosorum, de l'érythème induré, des tuberculoses nécrotiques ; et cependant le lupus érythémateux, qui a été l'origine de toute cette évolution, une des plus intéressantes de la dermatologie moderne, le lupus érythémateux, lui, n'en a pas profité. Nous en sommes aujourd'hui presque au même point qu'il y a vingt ans ; l'école française, tout entière, à la suite de son maître vénéré, M. Besnier, est résolument fidèle à la théorie tuberculeuse du lupus érythémateux ; les écoles étrangères, à part de rares exceptions individuelles, lui sont toujours aussi hostiles, et Neisser et Jadassohn par exemple, qui, pour nos tuberculides, vont maintenant presque plus loin que nous et demandent d'y chercher la tuberculose franche, s'arrêtent dès qu'il est question du lupus érythémateux et se refusent à le classer. un seul instant, parmi les manifestations de la tuberculose.

Sujet presque banal en France, semble-t-il, que cette discussion sur la nature tuberculeuse du lupus érythémateux, mais sujet qui n'a cependant rien perdu de son intérêt, puisque nous voyons chaque jour un nouveau travail étranger combattre cette théorie, au nom de la clinique ou de l'histologie.

Nous avons voulu nous borner ici, à propos du lupus érythémateux, à discuter simplement cette théorie tuberculeuse. Il n'entrait pas dans le cadre de cet ouvrage d'entreprendre une description complète du lupus de Cazenave et de toutes ses variétés ; un pareil travail n'aurait

sa place que dans un traité complet de la tuberculose cutanée.

Nous nous bornerons à rappeler en quelques mots le schéma symptomatique du lupus érythémateux, les principaux caractères qui le constituent. L'affection est représentée, on le sait, par des lésions érythémateuses, congestives, disposées parfois symétriquement, mais pouvant aussi être distribuées irrégulièrement, la plupart du temps au visage. Cette rougeur est uniforme ou striée de fines arborisations vasculaires; un œdème léger peut accompagner cet érythème : dans ce cas les plaques formées dessinent une légère saillie. A côté de ces phénomènes vasculo-conjonctifs, les phénomènes épithéliaux tiennent une place importante : ils se caractérisent par la formation de squames fines ou épaisses, très adhérentes, pouvant pénétrer dans la peau par de vrais prolongements cornés, qui s'introduisent dans les orifices dilatés des glandes sébacées : l'épiderme est sec, rugueux, chagriné au toucher. L'infiltration du derme peut être assez importante. Un troisième caractère donne au lupus érythémateux son individualité : c'est la tendance spontanée à la régression cicatricielle. Celle-ci se produit en général au centre des lésions, sous forme d'une zone blanche, scléreuse, lisse, unie, atrophiée, ou par petits îlots, parsemés au milieu des lésions d'érythème. Rappelons encore la distinction importante établie par Brocq entre le lupus érythémateux fixe dont les lésions s'accroissent lentement, progressivement, sur place, et l'érythème centrifuge, ou forme aberrante, dont les lésions peuvent disparaître sur un point pour se reformer quelque temps plus

tard sur un point voisin : et mentionnons le *lupus érythémateux* aigu disséminé ou généralisé, de Kaposi, qui procède comme une maladie infectieuse, s'accompagnant de fièvre, de troubles de l'état général et envahissant rapidement un territoire cutané étendu.

Ceci dit, abordons le point particulier que nous nous proposons de traiter. Est-il besoin de rappeler que c'est à M. Besnier qu'est due la théorie tuberculeuse du *lupus érythémateux* ? Il l'affirmait, au nom de la clinique, il y a déjà plus de vingt ans. Par une observation longuement poursuivie, il avait acquis la conviction du rapport qui relie le *lupus érythémateux* au *lupus vulgaire* et du rapport qui relie ces deux formes morbides à la *scrofulotuberculose*, c'est-à-dire à la tuberculose externe, locale. Il ne s'étonnait donc pas de trouver chez un grand nombre de ses malades « le catarrhe chronique des sommets du poumon, la tuberculose pulmonaire commençante, l'engorgement des glandes sous-maxillaires, etc... ». Il demandait que dans les observations nouvelles, on veuille bien faire « une enquête attentive, impartiale et suffisante » sur chaque cas. En procédant ainsi, déclarait-il, « on trouvera souvent, comme nous le faisons chaque jour, l'une des causes ordinaires de la *scrofulotuberculose* cutanée, c'est-à-dire, dans la famille du patient, la tuberculose aiguë ou chronique, ou bien chez les personnes ou sur les animaux avec lesquels il est en contact immédiat, prolongé, soit par cohabitation habituelle, soit par le fait des soins donnés au cours d'une maladie tuberculeuse. Il est manifeste que, pour une raison ou pour une autre, l'enquête n'aboutit pas toujours : mais quelle est la mala-

die transmise dont la source soit toujours retrouvée ? »

M. Besnier faisait encore observer que bien peu de ces malades arrivent à la vieillesse : le lupus érythémateux n'a jamais été observé par Kaposi chez des vieillards. Or si ces malades avaient la longévité commune, pourquoi ne retrouverait-on pas la maladie, même sous forme de simples cicatrices, chez des sujets avancés en âge ? On est donc conduit à admettre une morbidité spéciale. « Or, à quoi succombent les sujets atteints de lupus érythémateux que l'on a pu suivre assez longtemps ? à la tuberculose généralisée ou à la plitisie pulmonaire, et cela dans une proportion que les adversaires eux-mêmes de la théorie tuberculeuse du lupus érythémateux déclarent supérieure à celle qui appartient au lupus vulgaire, dont peu de médecins contestent aujourd'hui la nature tuberculeuse. »

A cette conception tuberculeuse s'opposaient les résultats des examens anatomiques, qui ne révélaient jamais de lésion tuberculeuse. Mais, comme le faisait remarquer M. Besnier, la base anatomique exclusive est fragile en cette matière. « En fait, l'histoire de l'« élément tuberculeux », sa morphologie complète, sa technique bactériologique et expérimentale, sont encore loin de la certitude absolue qui serait nécessaire pour que des résultats négatifs, de l'ordre de ceux qu'on invoque, puissent prévaloir contre les résultats positifs de l'observation clinique, auxquels nous préférons nous soumettre jusqu'à plus ample informé. »

La question était ainsi posée avec la plus grande netteté. Nous avons déjà dit quelles étaient les discussions qu'elle a soulevées depuis vingt ans. Nous n'avons pas

la prétention de les résumer ici ; cela seul constituerait un travail considérable. Au surplus, ce sont toujours les mêmes arguments qui sont repris sous des formes différentes. Nous nous sommes donc bornés à faire état des travaux les plus récents et des dernières statistiques ; nous avons apporté à celles-ci notre contribution personnelle.

Pour introduire de l'ordre dans une semblable discussion, il nous paraît profitable de la diviser en deux parties, et d'envisager d'abord les arguments cliniques puis les arguments histologiques, qui plaident en faveur de l'origine tuberculeuse du lupus érythémateux.

Arguments cliniques.

Antécédents des malades atteints de lupus érythémateux.

— L'existence de la tuberculose cutanée, sous toutes ses formes, pulmonaire, pleurale, ganglionnaire, osseuse, cutanée, est de constatation courante chez les malades atteints de lupus érythémateux. Seules, les dermatoses rentrant dans notre cadre des tuberculoses cutanées atypiques, présentent une coïncidence aussi fréquente avec des manifestations tuberculeuses.

Si l'on pratique une enquête comme la recommande M. Besnier, attentive, impartiale et suffisante, on trouve très fréquemment la présence de maladies d'origine tuberculeuse dans les antécédents directs des malades, ou dans leur entourage. On trouve en un mot une ambiance tuberculeuse, autour des sujets. Parfois ils paraissent

jouir d'une excellente santé et se montrent indemnes de toute localisation appréciable, par tous nos moyens d'investigation, du bacille de Koch. Mais si on peut les suivre un certain temps, et nous avons pu le constater nous-même, on les voit parfois dans la suite faire une pleurésie, ou de la tuberculose pulmonaire. En fait, comme le dit Leredde, les observations négatives, fournies par les adversaires de l'origine tuberculeuse du lupus de Cazenave, recueillies d'une manière complète et poursuivies durant une période de temps assez longue, sont excessivement rares.

Les adversaires de la théorie tuberculeuse, d'autre part, formulent leurs objections de la façon suivante : la tuberculose n'est pas plus fréquente chez les sujets atteints de lupus érythémateux que chez les autres : quand les malades deviennent tuberculeux, c'est une complication purement accidentelle, ou — pour les formes aiguës généralisées — provoquée ou occasionnée par la détérioration de l'organisme tout entier.

Reportons-nous maintenant aux statistiques, afin de fixer les idées sur la fréquence des antécédents tuberculeux héréditaires ou personnels.

Bœck, sur 42 cas de lupus érythémateux, en trouva 28 qui présentaient des signes évidents de tuberculose présente ou passée ; 23 avaient ou avaient eu des adénites tuberculeuses : 8 avaient eu des lésions scrofuleuses des cornées et 2 de la tuberculose osseuse.

Sequeira et Balean, dans une statistique récente, ont trouvé dans 34 cas sur 71 des antécédents héréditaires tuberculeux et dans 18 cas des signes ou des antécédents

personnels de tuberculose. Dans un cas d'autopsie, on trouva de la tuberculose pulmonaire.

Roth, dans un travail d'ensemble très documenté, et très complet, établit une statistique de 262 cas de lupus érythémateux ; sur ce nombre 152 présentaient des antécédents personnels, ou héréditaires de tuberculose.

Enfin, personnellement, nous apportons une statistique de 35 cas, que nous résumons dans les tableaux ci-contre.

NOM DU SUJET	AGE	AGE AU DÉBUT des lésions	LOCALISATION	ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES	ANTÉCÉDENTS PERSONNELS	AUSCULTATION	ÉTAT GANGLIONNAIRE
M ^{me} B. . .	36	34	Forme fixe. — Placard du nez.	Mère vivante. — Père mort de péritonite.	A 18 ans toux persistante pendant 1 an avec quelques crachements de sang. — Engélures tous les hivers, constitution délicate.	»	Ganglions cervicaux jusqu'à 18 ans.
M ^{lle} D. . .	35	34	Forme congestive, irritabile. — Localisée au nez.	Mère morte congestion cérébrale. — Père vivant.	A toujours été très anémique. — Engélures.	Normale.	Ganglions cervicaux dans l'enfance; on en trouve encore un aujourd'hui.
M ^{me} D. . .	27	23	Forme discoïde du nez et de la joue.	Rien à signaler.	Deux enfants morts en bas âge de péritonite.	»	»
M ^{lle} Ber. . .	30	18	Forme discoïde du nez de la joue, du front, du cuir chevelu, des oreilles.	Une sœur morte jeune de méningite tuberculeuse. — 2 frères du père morts tuberculeux.	Broncho-pneumonie il y a 4 ans, ayant duré 3 mois. — Engélures ulcérées chroniques. — S'enrhume facilement.	Diminution du mur-mure vésiculaire à droite et très légère sub-matité de la fosse sous-claviculaire.	On trouve actuellement 2 ganglions sous-maxillaires.
M ^{me} Desp. . .	24	13	Placard à l'extrémité du nez.	Une sœur fait depuis quelques mois de la tuberculose pulmonaire. — Un enfant d'une autre sœur mort à 6 mois de méningite tuberculeuse.	Santé délicate, chétive. — Très anémique. — Bronchite régulièrement chaque hiver, depuis 3 ans. — Engélures persistantes.	»	Ganglions cervicaux dans l'enfance.

M ^{me} Her. . .	29	23	Forme en papillon du nez et des joues.	Le père a eu une pleurésie. — Est aujourd'hui rétabli. — Un frère de la mère mort tuberculeux.	S'enrhume facilement, toussé de temps en temps.	Du côté droit : inspiration rugueuse et expiration prolongée dans la fosse sous-épineuse, quelques craquements très fins à la fin de l'inspiration.	Quelques ganglions cervicaux dans l'enceinte.
M ^{lle} Hu. . .	33	31	Face gauche du nez.	Mère morte tuberculeuse. — 7 frères et sœurs morts.	Amalgamement marqué depuis quelques mois. — Sueurs nocturnes abondantes. — Fièvre vespérale. — Quelques crachats hémoptiques. — Fièvre le soir (38°, 7, 38°, 8).	Matité nette dans la région claviculaire gauche. — Quelques craquements dans la fosse sous-épineuse, on entend quelques râles. — Bacilles de Koch dans les crachats.	»
M. Ho. . .	30	3	Face droite.	Père mort à la suite d'un « chaud et froid » en six mois.	Santé délicate. — Tousse d'une manière irrégulière depuis 2 ans. — Amalgamement marqué. — Facilement essoufflé.	Inspiration saccadée ; expiration prolongée. — Pas de matité.	OEdénopathies sous-maxillaires dans l'enceinte.
M. Gir. . .	47	45	Placard, à forme fixe, du nez.	Rien à signaler.	A eu une pleurésie il y a 20 ans, suivie d'une longue convalescence.	»	»
M ^{me} Gui. . .	38	28	Placards à forme atrophique spontanée de la joue.	»	S'enrhume facilement l'hiver.	»	»

NOM DU SUJET	AGE	AGE au début des lésions	LOCALISATION	ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES	ANTÉCÉDENTS PERSONNELS	AUSCULTATION	ÉTAT GANGLIONNAIRE
M ^{lle} C. . .	30	18	Oreille gauche.	Une sœur de santé délicate. — Mère morte de cause inconnue. — Six frères et sœurs morts. — Une sœur morte rapidement après un « chaud et froid ».	Il y a 2 ans, périodé d'amaigrissement, sueurs nocturnes, fièvre vespérale, toux, crachats hémoptoïques. — Revue après sa guérison la malade venait de faire une pleurésie.	»	Ganglions sous-maxillaires dans l'enfance.
M ^{lle} Van Ben	49	47	Forme fixe, plane, du nez.	Mère morte « de la poitrine ». — Une sœur morte jeune « de faiblesse ».	Santé chétive. — s'enrhumé facilement, amaigri depuis quelque temps. — Engélures chroniques.	Quelques frotements à la base du poulmon gauche, à droite dans la zone sous-claviculaire légère submatité et expiration prolongée.	»
M ^{me} Ja. . .	25	24	Nez et oreille.	»	Pleurésie à 16 ans suivie de convalescence assez longue.	Normale.	Ganglions cervicaux dans l'enfance.
M ^{me} Fav. . .	36	31	Placard à forme fixe du nez.	Mère morte de congestion pulmonaire. — Un frère mort tuberculeux.	Sujette aux rhumes.	Normale.	Ganglions dans l'enfance, actuellement deux ganglions sous-maxillaires.
M. Glor. . .	35	15	Forme discoïde, fixe, disséminée, des joues et des oreilles.	»	Malade pas très robuste. — A maigri d'une façon appréciable depuis quelque temps. — Engélures chroniques.	Normale.	On trouve aujourd'hui un petit ganglion dans l'angle du maxillaire.

M ^{lle} de R. 24	18	Forme en papillon (nez et joues).	Père mort de congestion pulmonaire. — Une sœur morte de tuberculose à 18 ans. — Une tante morte tuberculeuse.	Engelures chroniques, état asphyxique des extrémités.	»	»
M ^{me} Pic. 34	27	Placards discoides du nez et des sourcils.	»	A eu un enfant mort de méningite tuberculeuse.	»	»
M ^{lle} Not. 23	20	Forme fixe, en placards des régions pré-auriculaires.	Mère morte phthisique. — Un jeune frère mort de broncho-pneumonie. — Un autre frère toussa depuis un an et vient d'avoir une pleurésie.	»	Du côté gauche : légère submatité, augmentation des vibrations thoraciques, expiration prolongée.	»
M ^{me} Nass. 50	30	Forme fixe, en placard, du nez.	Père mort à la suite d'un « froid et chaud ».	Un fils mort de méningite tuberculeuse. — Engelures chroniques.	»	Ganglions cervicaux dans l'enfance.
M ^{lle} Nat. 25	13	Forme en papillon du visage (nez et joues).	»	S'enrhume facilement.	Normale.	Ganglions axillaires coïncidant avec une première poussée de lupus. — Ganglions cervicaux coïncidant avec une nouvelle poussée des lésions.
M ^{me} Anic. 24	21	Forme fixe de l'extrémité du nez.	»	Engelures et cyanose des extrémités.	»	»

NOM DU SUJET	AGE	AGE AU DÉBUT DES LÉSIONS	LOCALISATION	ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES	ANTÉCÉDENTS PERSONNELS	AUSCULTATION	ÉTAT GANGLIONNAIRE
M ^{me} Marg.	28	26	Placard discoïde du nez.	Père mort à la suite d'un « chaud et froid ». — Mère a eu « 2 fluxions de poitrine ». — Un frère mort de la poitrine à 16 ans.	Un enfant mort à 3 ans de méningite tuberculeuse.	Normale.	»
M. Mar.	46	39	Forme fixe, en placard, de la joue gauche.	Une sœur morte à 24 ans à la suite d'un « chaud et froid », en un an.	A été marié à une femme morte tuberculeuse; a eu 3 enfants; l'un mort de tuberculose pulmonaire, l'autre du croup, le troisième de méningite tuberculeuse.	»	Ganglion de la grosseur d'une noisette, dans l'angle du maxillaire, du côté des lésions.
M. Lévr.	30	26	Forme fixe, en placards discoïdes, du visage.	»	Est facilement essoufflé.	Submatité légère au niveau du sommet droit, augmentation des vibrations, inspiration saccadée, expiration soufflante.	»
M ^{me} Le Pr.	34	25	Forme fixe, en placards, du visage; forme aberrante, périodique, hivernale des mains.	»	»	»	De 8 à 15 ans a eu une série de ganglions cervicaux suppurés ayant laissé des cicatrices. — Actuellement, gros ganglion sous-maxillaire à gauche.

M ^{me} Del. . .	30	29	Forme fixe, en placards, du visage.	Père fixe, en fluxion de poitrine. — Une sœur de santé très délicate.	Engèlures chroniques.	Normale.	Ganglions cervicaux dans l'enfance.
M ^{me} Dup. . .	28	27	Forme aberrante du visage.	Deux sœurs mortes en bas âge de cause inconnue. — Un oncle maternel mort tuberculeux.	S'enrhume de temps en temps. — 2 enfants morts, l'un de coqueluche, l'autre tuberculeux. — Engèlures et acro-asphyxie des extrémités.	Diminution du murmure vésiculaire à droite ; à gauche, submatité nette dans la région sous-claviculaire et quelques craquements fins.	»
M ^{me} Gerv. . .	33	30	Forme fixe, discoïde, du visage.	Père mort à 50 ans, à la suite d'un « chaud et froid ».	Pleurésie gauche il y a 8 ans. — Depuis, congestion pulmonaire, puis grippe infectieuse.	»	»
M ^{lle} de Mo. . .	28	26	Forme fixe, en placard, du nez.	Une sœur du père morte de tuberculose pulmonaire.	»	»	»
M ^{lle} Riv. . .	24	21	Forme fixe, en placard, du nez.	Père mort de cystite tuberculeuse.	Engèlures chroniques. — Acro-asphyxie des mains.	A gauche, submatité, augmentation des vibrations, expiration soufflante.	»
M. Vél. . .	29	27	Forme fixe, en placard discoïde, de la joue.	»	»	Normale.	»

NOM DU Sujet	ÂGE	ÂGE AU DÉBUT des lésions	LOCALISATION	ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES	ANTÉCÉDENTS PERSONNELS	AUSCULTATION	ÉTAT GANGLIONNAIRE
M ^{me} Vie. . .	36	24	Forme fixe, en placards rétro-auriculaires.	Une sœur morte de tuberculeuse pulmonaire.	»	Normale.	Adénopathie cervicale coïncidant avec une première poussée de lupus. — Leloir enlève un ganglion derrière chaque oreille ; sur les cicatrices se sont développés de nouveaux placards de lupus.
M. Tas. . .	29	25	Forme aberrante du visage.	»	Engelures chroniques.	Normale.	Ganglions cervicaux suppurés dans l'enfance.
M ^{lle} de Rhé. .	34	32	Forme fixe du visage en placard.	2 frères morts, dont un à la suite d'une pleurésie.	»	Normale.	»
M. Seg. . .	23	18	Forme fixe, en placard, du nez.	2 frères du père morts tuberculeux.	Tousses depuis quelque temps et crache.	Râles fins au sommet droit et craquements dans la partie sous-jacente, matité nette.	Ganglions cervicaux suppurés. — Lymphadénome du cou.

On voit que sur nos 35 cas, 21 présentent des antécédents héréditaires, 19 des antécédents personnels ; 10 ont une auscultation douteuse, permettant d'affirmer ou de soupçonner la tuberculose pulmonaire ; 20 ont présenté ou présentent des adénopathies cervicales persistantes ; 3 seulement se montrent complètement indemnes de toute tare soit personnelle, soit héréditaire.

Nous voudrions donner quelques détails en ce qui concerne les adénopathies ; c'est là, en effet, un des signes dont la nature tuberculeuse a été souvent contestée. Quelle est exactement la valeur des adénopathies de l'enfance ? Nous ne nions pas que chez les enfants, à la suite de phthisie, d'impetigo du cuir chevelu ou du visage, il ne puisse se produire des ganglions passagers, et toutes les adénopathies de l'enfance ne doivent pas être tenues systématiquement pour tuberculeuses. Aussi n'avons-nous noté, dans les antécédents de nos malades, la présence de ganglions, que lorsque ceux-ci avaient duré des mois et même des années. Ajoutons que Jadassohn lui-même, qui est opposé à la théorie tuberculeuse du lupus de Cazenave, avoue qu'il a rencontré très fréquemment en coïncidence avec cette dermatose des adénites cervicales tuberculeuses et rappelons enfin que dans certaines adénopathies suppurées accompagnant des poussées de lupus érythémateux, Hallopeau et Jeanselme et Leredde ont pu trouver le bacille de Koch.

En somme, d'après les statistiques précédentes, on peut penser que la tuberculose ne constitue pas, chez les malades atteints de lupus érythémateux, une simple coïncidence ou une complication purement accidentelle. Le

pourcentage des antécédents tuberculeux personnels ou héréditaires est beaucoup trop élevé pour que ces explications soient acceptables.

On est ainsi amené à se demander, comme le fait Leredde, si la tuberculose n'existe pas d'une manière constante chez les sujets atteints de lupus de Cazenave. Malheureusement il est impossible de répondre à une pareille question : « Parmi les individus qui présentent des foyers de tuberculose au sommet du poumon, tous n'offrent pas de signes physiques qui autorisent à diagnostiquer une infection tuberculeuse. Parmi ceux qui portent des ganglions tuberculeux en une région quelconque du corps, tous n'ont pas de suppuration froide, et souvent les adénopathies n'ont pas un développement suffisant pour permettre de reconnaître la tuberculose. Parmi ceux chez lesquels il existe des bacilles à l'état permanent sur les muqueuses nasales, beaucoup ne présentent aucun signe clinique révélant une infection superficielle. Toutes les lésions que nous venons d'examiner, nasales, ganglionnaires, pulmonaires, d'autres encore peuvent guérir, sans avoir fait leur preuve. Il est donc possible que tout porteur de lupus érythémateux soit atteint de tuberculose, sans que nous puissions le démontrer. »

La valeur des autopsies dans les cas de lupus érythémateux. — Lorsqu'on est arrivé à cette conclusion qu'un grand nombre de manifestations tuberculeuses peuvent passer inaperçues, du vivant du malade, une nouvelle question se pose : les malades atteints de lupus érythémateux peuvent mourir, et il semble bien que, dans ces

cas, l'autopsie puisse prononcer en dernier ressort ; ne doit-il pas être possible, en effet, de retrouver sur le cadavre ces localisations du bacille de Koch, trop discrètes pour être diagnostiquées sur le vivant ? Nous savons que les malades atteints de lupus érythémateux présentent une morbidité spéciale : ils n'arrivent pas en général à la vieillesse ; ils meurent souvent d'affections tuberculeuses, en particulier de tuberculose pulmonaire. Mais il peut arriver qu'ils meurent d'accident ou d'une affection intercurrente quelconque ; quel est dans ce cas le résultat fourni par les autopsies ? Gunsett vient de consacrer récemment à cette question un travail très intéressant, auquel nous emprunterons en partie les éléments de cette discussion.

On peut trouver aujourd'hui, dans la littérature dermatologique, un certain nombre de cas de lupus érythémateux accompagnés de nécropsies. Examinons rapidement les résultats qu'ils ont donnés.

Cas de Boeck : Lupus érythémateux disséminé. Tuberculose des poumons : dégénérescence caséuse des ganglions rétro-péritonéaux ; dégénérescence adipeuse du cœur.

Cas de Brooke : Lupus érythémateux discoïde. Foyer de bronchopneumonie ; ulcération tuberculeuse typique sur le jéjunum ; nodules miliaires sur la séreuse péritonéale. Hypertrophie rénale avec tous les signes d'une tuméfaction blanche.

Cas d'Audry : Lupus érythémateux disséminé. Dans les poumons, lésions tuberculeuses à tous les stades.

Cas d'Hallopeau et Jeanselme : Lupus érythémateux discoïde. Tuberculose pulmonaire et ganglions lymphatiques caséifiés au niveau de la colonne vertébrale.

Cas de Fordyce : Lupus érythémateux discoïde. Tuberculoserénale et cirrhose hypertrophique du foie ; œdème pulmonaire et cérébral.

Nous attirons particulièrement l'attention sur ce cas de Fordyce, qui est des plus remarquables, parce que la tuberculose, constatée à l'autopsie, n'avait pas été notée pendant la vie : la malade, alcoolique, mourut de cirrhose et d'ictère.

Cas de Wickham : Lupus érythémateux discoïde. Tuberculose miliaire généralisée.

Cas de Kaposi : Le professeur de Vienne vit onze cas se terminer par la mort, sur lesquels 6 moururent de pleuropneumonie, 3 de tuberculose pulmonaire franche, 1 d'atrophie de l'écorce cérébrale avec œdème des méninges (?), et 1 d'anémie et de marasme (?).

Ajoutons à ces observations un cas de Sequeira, dans lequel l'autopsie révéla de la tuberculose pulmonaire, et 2 cas de Breda terminés également par de la tuberculose.

Gunsett rappelle d'autre part les résultats suivants, qu'il considère comme négatifs :

Cas d'Herxheimer : Lupus érythémateux discoïde. Bronchopneumonie, mais on ne trouve pas de bacille tuberculeux ; la recherche de la tuberculose au niveau des ganglions ne fut pas faite.

Cas de Petrini : Lupus érythémateux disséminé. Le malade meurt d'une grippe intercurrente. A l'autopsie, pneumonie du sommet droit : ganglions bronchiques caséeux, mais dans lesquels on ne trouva ni bacilles, ni cellules géantes. Foie hypertrophié, pas de tuberculose hépatique à l'examen microscopique.

Cas de Kopp : Lupus érythémateux discoïde. A l'autopsie on ne constate pas de tuberculose.

Gunsett rapporte lui-même une observation de lupus érythémateux disséminé, à l'autopsie duquel on trouva une bronchopneumonie bilatérale, une hépatisation lobulaire droite, une hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques. L'examen microscopique et bactériologique ne révéla de tuberculose ni dans les ganglions ni dans les poumons.

Enfin Riehl, dans son rapport sur les tuberculides, présenté au Congrès de Paris 1900, rapporte qu'ayant examiné les protocoles d'autopsie de l'Institut anatomo-pathologique de Vienne, depuis 1866 jusqu'en 1900, il trouva dix cas où le diagnostic de lupus érythémateux avait été fait et sur lesquels, dans 7 cas, l'autopsie ne montra aucune tuberculose des organes internes.

Voilà les pièces du débat ; on voit que, d'après Gunsett, il existerait une forte proportion de cas de lupus érythémateux dans lesquels l'autopsie ne révéla aucune manifestation tuberculeuse. Nous attirons cependant l'attention sur ce fait que dans toutes ou presque toutes la mort est survenue à la suite d'affections pulmonaires, pneumonie, bronchopneumonie, etc. Il est bien évident qu'une seule autopsie complète, au double point de vue histologique et bactériologique, d'un individu mort au cours d'un lupus de Cazenave en activité, et qui ne décèlerait aucun foyer de tuberculose, suffirait à ruiner la théorie de l'origine tuberculeuse de cette affection. Or, déclare Gunsett, « un foyer de bacilles tuberculeux produit en général des lésions anatomo-pathologiques qui ne peuvent guère échapper à l'examen ». C'est

sur ce point, à notre avis, que doit porter la discussion.

Nous ne nous attarderons pas en effet à cette façon de discuter, qui serait pourtant possible et qui consisterait à faire la critique de tous les protocoles d'autopsies négatives : dans tous ces cas il est possible de trouver un organe dont l'examen n'a pas été fait : c'est tantôt le foie, tantôt la rate, etc... Il serait également possible d'objecter que l'examen anatomo-pathologique et l'examen bactériologique ne suffisent pas ; ils doivent toujours être accompagnés de l'inoculation à l'animal : seule, l'inoculation au cobaye peut donner une certitude plus grande. Mais dans ce cas, demandera-t-on, quels sont les organes dont les fragments devront être inoculés au cobaye ? A cela nous sommes forcés de répondre : tous ou à peu près tous ; ou tout au moins des fragments de poumon, de ganglions, de rate, de rein, de foie. Une pareille exigence peut paraître excessive. Mais pour donner à un résultat négatif une valeur absolue, capable d'imposer une conviction, il faut évidemment qu'aucun des facteurs du problème n'ait été négligé, et cela nécessite beaucoup de peine.

Cependant un autre argument nous paraît plus intéressant encore ; il serait nécessaire de s'entendre sur ce qu'il faut appeler : « les lésions anatomo-pathologiques produites par des foyers tuberculeux, lésions qui ne peuvent guère échapper à l'examen ». Là nous paraît résider la solution du problème. Comment l'école allemande conçoit-elle ces lésions ? Nous craignons bien que, fidèle à son ancienne conception anatomique de la tuberculose, elle ne cherche toujours le follicule tuberculeux classique,

l'amas de cellules géantes ou la cicatrice fibreuse importante qui peut lui succéder.

Mais si nous nous reportons aux travaux récents sur les tuberculoses des séreuses, que nous citions dans le second chapitre de ce mémoire, quelle idée pourrons-nous nous faire du reliquat laissé par ces formes spontanément curables. Voici par exemple le cas de rhumatisme publié par Griffon, dont le liquide épanché était nettement tuberculeux, puisqu'il a tuberculisé le cobaye : or, un mois après, tout épanchement avait disparu, l'articulation avait retrouvé sa souplesse. Que le malade ait présenté ou présente dans l'avenir du lupus érythémateux, ce qui n'a rien d'impossible : qu'il meure d'accident, que l'on fasse son autopsie : quel reliquat trouvera-t-on chez lui de l'infection tuberculeuse certaine qu'il a présentée à un moment donné ? Très vraisemblablement aucun.

Voici également des malades qui ont présenté de la méningite tuberculeuse franche ; ils ont guéri. Quelles cicatrices trouvera-t-on sur leurs méninges, s'ils meurent quelques mois ou quelques années plus tard, de leur ancienne localisation du bacille de Koch ?

En résumé, nous aboutissons encore ici à la nécessité de réformer nos opinions sur la tuberculose en général : nous savons qu'il peut exister des formes de l'infection tuberculeuse curables, passagères : nous devons logiquement admettre qu'elles peuvent évoluer et disparaître sans laisser de cicatrice appréciable, du moins dans l'état actuel de nos connaissances.

Les résultats en apparence négatifs de certaines autopsies de lupus érythémateux ne peuvent donc nous

convaincre ; ils sont complètement insuffisants pour infirmer la théorie tuberculeuse du lupus de Cazenave.

Formes de transition entre le lupus érythémateux et les autres formes de tuberculose cutanée, et coïncidence de ces affections. — Un dernier argument nous est fourni par la clinique : c'est l'existence de formes de transition entre le lupus érythémateux d'une part et le lupus tuberculeux ou les différentes formes de tuberculose cutanée atypique d'autre part.

Nous nous plaçons ici uniquement au point de vue clinique : nous examinerons tout à l'heure le côté histologique de la question ; nous ne voulons donc pas parler en ce moment du lupus érythématoïde histologiquement. Mais en restant dans le domaine de la clinique, on sait, et nous devons le rappeler ici, combien il est parfois difficile de distinguer entre certaines formes de lupus tuberculeux et de lupus de Cazenave. Dans notre statistique de 35 cas de lupus érythémateux, il en est deux dont l'aspect rappelait, à s'y méprendre, sur certains points, celui du lupus de Willan. Citons encore, d'ailleurs, au sujet de ces cas ambigus. M. Besnier, dont le sens clinique fait autorité en la matière : « Intensité à part, le lupus érythémateux acnéique de la face a souvent l'aspect des cas frustes de lupus tuberculeux-scléreux, avec la surface sèche, plâtreuse, etc... ; et dans les deux types, quelques variétés se rapprochent par des transitions insensibles, de façon qu'il n'est pas toujours facile de dire où commence le lupus érythémateux, et où finit le lupus tuberculeux. Si l'on veut étudier à ce point de vue la belle série des

lupus du Musée de l'hôpital Saint-Louis, on pourra trouver étiquetés *lupus érythémateux*, quelques cas, que, pour notre part, nous attribuons au *lupus tuberculeux*. Ce sont des faits de transition, très importants à relever, car ils sont de nature à bien faire saisir le lien qui unit les deux *lupus* ; cela surtout quand on trouve, sur le même sujet, d'autres localisations incontestables du *lupus vulgaire*, telles par exemple qu'un type de *lupus papillomateux*, de tuberculose verruqueuse de la peau, existant sur la main, alors qu'il y a, d'autre part, sur la face, de petits îlots crétacés, à bords vagues, tout à fait analogues à la variété de *lupus érythémateux acnéique* que Devergie avait désignée sous le nom d'*herpès crétacé*. »

Dans d'autres cas, on trouve, au milieu de lésions de *lupus érythémateux*, offrant tous les caractères macroscopiques de cette affection, des taches jaunâtres disséminées ; si on les pique avec une aiguille on peut les dilacerer très facilement et on s'aperçoit qu'elles présentent la mollesse caractéristique des lésions du *lupus tuberculeux* ; au microscope, elles montrent en effet la structure des *lupomes*. Existe-t-il, en dehors du *lupus* de Cazenave, une autre dermatose dont les lésions se combinent ainsi avec celles du *lupus tuberculeux* ?

En présence de ces cas de *lupus érythémato-tuberculeux*, on est amené à se demander s'il serait impossible de constater la transformation du *lupus* de Cazenave en *lupus* de Willan. Nous avons trouvé deux cas dans lesquels cette constatation aurait été faite : dans un cas de Weidenhammer, cité par Roth, un jeune garçon aurait présenté un *lupus érythémateux*, qui se serait transformé, par la

suite, en lupus tuberculeux. De même dans un cas de Jackson, un jeune homme aurait eu, à 10 ans, une éruption de lupus érythémateux à la face, avec des adénites chroniques du cou ; après l'extirpation des ganglions l'éruption s'affaissa, mais il apparut des plaques multiples, constituées par du lupus tuberculeux évident.

Dans d'autres cas encore, les deux formes de lupus coexistent chez le même sujet, et pour ainsi dire côte à côte : ainsi, dans un cas de Fréche, on observait du lupus érythémateux du cuir chevelu et du lupus tuberculeux typique de la face.

D'autre part, entre le lupus de Cazenave et les autres formes de tuberculose atypique, il existe toutes les formes de transition. Dans la forme à petits nodules, dite papulo-nécrotique, on observe parfois des taches rouges violacées, qui n'aboutissent pas à la nécrose en foyer, mais présentent une atrophie centrale, qui rappelle l'évolution naturelle du lupus de Cazenave. Dans d'autres cas, comme dans une observation de Brocq et Laubry, les lésions du lupus érythémateux offrent, au point de vue objectif, les relations les plus étroites avec l'angiokératome. Dans une de nos observations (Observ. II) à côté de lésions nodulaires des mains, évoluant vers la nécrose centrale, et correspondant à l'ancien type folliculis, on trouvait, disséminés au milieu de ces nodules, de petites taches arrondies, ayant les dimensions d'un pois, de couleur rouge violacé, assez sombre : elles ne faisaient pas une saillie nette ; cependant on s'apercevait au toucher qu'il y avait une infiltration et une induration très nettes à leur niveau ; quelques-unes avaient même une surface légère-

ment déprimée et l'on pouvait constater un épaississement irrégulier de la couche cornée à leur surface. Ces lésions se rapprochaient nettement du type lupus érythémateux, à petites lésions isolées ou disséminées et paraissaient représenter une forme intermédiaire entre cette dermatose et la tuberculose atypique à petits nodules. Enfin j'ai décrit avec Leredde, sous le nom d'angiodermites tuberculeuses des mains, des lésions curieuses, qui coïncidaient, chez la même malade, avec un lupus érythémateux typique du visage, et qui étaient caractérisées par des plaques rouge sombre, siégeant aux mains, analogues comme structure histologique au lupus de Cazenave, mais présentant, comme évolution, la forme cyclique, saisonnière des tuberculoses atypiques nodulaires, apparaissant tous les hivers, pour disparaître en été.

En résumé, la clinique établit toutes les relations et toutes les transitions possibles entre le lupus tuberculeux et le lupus érythémateux, et entre celui-ci et les autres manifestations de la tuberculose cutanée. Il s'agit là d'un groupe de dermatoses, proche parentes, d'une véritable famille dermatologique.

Arguments histologiques. — Examinons maintenant au point de vue histologique les arguments des ennemis de la théorie tuberculeuse du lupus érythémateux et voyons quels arguments contraires nous pourrions leur opposer.

Le lupus de Casenave, déclarent-ils, ne saurait être regardé comme d'origine et de nature tuberculeuse, pour les raisons suivantes : la structure histologique du lupus érythémateux est tout à fait différente de celle du lupus

vulgaire : les cellules géantes, le follicule tuberculeux font défaut : dans des cas certains de lupus érythémateux on n'a pu ni microscopiquement, ni par culture, constater la présence des bacilles : les inoculations n'ont pas donné non plus de résultats : enfin, la réaction locale à la tubercule fait le plus souvent défaut.

On sait, en effet, que la structure tuberculeuse fait ordinairement défaut et que les lésions sont constituées schématiquement de la façon suivante : on constate une infiltration cellulaire s'étendant plus ou moins profondément dans le derme, pouvant atteindre et même dépasser le plan des glandes sudoripares : elle se groupe de préférence autour des vaisseaux auxquels elle forme de vrais manchons, surtout dans la couche sous-papillaire ; elle est composée de cellules fixes du tissu conjonctif, de lymphocytes, de plasmazellen, de mastzellen. Les vaisseaux présentent des altérations marquées, de la dilatation ou de la prolifération et de l'épaississement de l'endothélium. Le tissu élastique s'atrophie peu à peu et disparaît. Certaines cellules de l'infiltrat peuvent dégénérer et former de petites masses colloïdes. Les lésions de l'épiderme sont secondaires : elles consistent essentiellement en hyperkératose généralisée et atrophie de toutes les autres couches épidermiques.

En somme, le débat tourne autour de la présence ou de l'absence de cellules géantes et de bacilles. Il nous semble que cette discussion n'est pas sans quelque analogie avec la fameuse querelle des dualistes et des unicistes, qui, jusque vers 1875, divisa l'école française et l'école allemande. On se souvient que celle-ci ne voulait voir dans

la pneumonie caséuse qu'un processus purement inflammatoire qu'elle opposait à la phtisie pulmonaire, de nature tuberculeuse, tandis que l'école française soutenait qu'il n'y avait là que deux modes différents d'une même affection. Là encore, l'école allemande se fondant sur l'anatomie pathologique, à la suite des travaux de Reinhardt et de Virchow, niait la nature tuberculeuse de la pneumonie caséuse, parce qu'on n'avait pas encore pu y déceler le tubercule caractéristique, la petite granulation transparente et perlée, opaque et jaunâtre, le tubercule miliaire. Quelques années plus tard, les travaux de Grancher, de Thaon, de Charcot, d'H. Martin, de Renaut, de Malassez, venaient démontrer que le tubercule miliaire, pris comme criterium par l'école allemande, n'était qu'une des formes des lésions anatomo-pathologiques de la tuberculose et prouvaient victorieusement l'identité de nature de la pneumonie caséuse et de la tuberculose pulmonaire.

De même, aujourd'hui, pour le lupus érythémateux, l'école allemande nous réclame à tout prix la structure du follicule tuberculeux ; tant qu'on ne l'aura pas constatée, le lupus de Cazenave ne pourra pas être tenu pour une manifestation tuberculeuse. Comme si le follicule tuberculeux représentait, seul, la lésion tuberculeuse ! Mais, dira-t-on, que serait-ce donc qu'une lésion tuberculeuse sans cellule géante : l'esprit peut-il concevoir semblable notion ? A cela nous répondrons que la cellule géante peut avoir existé, et en fait Audry l'a constatée trois fois dans du lupus érythémateux typique ; mais qu'elle peut avoir été, rare, produite par un tout petit nombre de bacilles, peut-être par un bacille isolé, peu

virulent, mort rapidement après son arrivée dans le derme, et que, dans ces conditions, la cellule géante isolée peut avoir disparu bientôt, étouffée par du tissu de sclérose, développé au niveau du niveau conjonctif, si riche, du derme. D'autre part, pourquoi la cellule géante serait-elle invariablement la forme par laquelle doit toujours se manifester la lésion tuberculeuse. Ne peut-on supposer, comme le fait Darier, dans son rapport sur les tuberculides, que le bacille de Koch arrivant à la peau par les vaisseaux peut « provoquer tantôt une réaction sous forme de tissu tuberculeux classique avec dégénérescence caséuse des cellules et formation de cellules géantes, tantôt une réaction périvasculaire de caractère moins spécifique » ?

Et d'ailleurs examinons un instant les lésions tuberculeuses des différents organes et voyons si nous ne pourrions pas y constater des lésions analogues à celles que nous trouvons dans le lupus érythémateux, et évoluant également vers la sclérose.

Ne connaissons-nous pas les cirrhoses hépatiques d'origine tuberculeuse ? En 1890, Hanot et Gilbert décrivaient à la *Société de biologie* une cirrhose tuberculeuse expérimentale du cobaye. Pillicet, dont la thèse est consacrée à l'étude de la tuberculose expérimentale et spontanée du foie, a observé un certain nombre de foies de cobayes et de lapins, rendus expérimentalement tuberculeux, par des procédés variés : inoculations sous-cutanées, intra-péritonéales, injections intra-veineuses, de cultures de tuberculose aviaire. Il a constaté dans certains cas des cellules géantes et des trainées intra-vasculaires composées de cellules géantes et de cellules embryonnaires ; mais dans

d'autres cas les cellules géantes intra-vasculaires et isolées n'avaient eu qu'une existence transitoire, avaient disparu sans devenir le centre de follicules tuberculeux *et il n'existait plus qu'une sorte de cirrhose aiguë ayant son siège dans les espaces portes et envahissant les lobules.* — Au cours d'une tuberculose expérimentale obtenue chez le chien par l'injection d'une culture pure de tuberculose humaine dans la veine saphène, Pilliet ne constata, au niveau du foie, *que de l'hépatite interstitielle, scléreuse, mais ne trouva nulle part ni cellules épithélioïdes, ni cellules géantes. Dans les formes lentes, dit-il, la tuberculose du foie aboutit à la formation d'un ilot purement fibreux. « Elle n'a donc aucun trait qui la distingue des autres hépatites, celles de la syphilis par exemple. Les lésions vasculaires ... sont également communes à la tuberculose et à une foule de maladies. En résumé, la gamme des inflammations tuberculeuses conjonctives du foie peut aller de l'infiltration embryonnaire au nodule purement fibreux. »*

Est-il nécessaire de rappeler l'évolution naturelle vers la sclérose de certaines lésions de tuberculose pulmonaire, évolution si bien étudiée par Grancher ? Nous croyons inutile d'insister : les faits sont ici trop connus.

Durante nous apporte des documents nouveaux, dans son travail si complet sur l'anatomie pathologique du muscle, dans la nouvelle édition du traité d'anatomie pathologique de Cornil et Ranvier. Il décrit en effet une altération du muscle peu connue, sous le nom de myosite scléreuse, ou cirrhose tuberculeuse musculaire. Voici la description histologique qu'il en donne : « Macroscopiquement, le muscle est épaissi, ferme, pâle, de consis-

tance lardacée ou fibroïde. L'aponévrose est généralement épaissie. Histologiquement, la lésion débute par une infiltration de cellules étoilées et de leucocytes et aboutit à une *sclérose diffuse*, avec disparition des fibres musculaires. Souvent, au sein de cette sclérose plus ou moins avancée, on rencontre des nodules inflammatoires, quelques tubercules typiques, mais souvent aussi *les tubercules semblent faire défaut, ou tout au moins sont si rares que ce n'est qu'après de nombreuses coupes qu'on parvient à les rencontrer*. Aussi hésite-t-on longtemps, avant de savoir à quoi rapporter cette cirrhose comprenant tout ou partie du corps charnu. *Cette forme diffère à tel point, tant macroscopiquement qu'histologiquement, de ce que l'on observe habituellement, que l'on comprend qu'elle ait pu passer longtemps inaperçue...* — ... Cette sclérose peut provenir d'une véritable transformation fibreuse des tubercules ou d'une myosite inflammatoire tuberculeuse... Cette cirrhose musculaire tuberculeuse est importante à connaître, car pendant longtemps on l'a confondue avec la syphilis ... *Ce que nous venons de voir montre que l'examen histologique seul ne permet pas de trancher la question, qu'il existe des scléroses musculaires d'origine tuberculeuse, sans tubercules ou avec des tubercules si rares qu'ils passent aisément inaperçus*. L'absence de tubercules ne suffit donc pas pour conclure à la syphilis ; aussi, en l'absence de gommes et de tubercules, si les lésions vasculaires ne permettent pas de trancher la question en faveur de la spécificité, et à moins d'inoculations expérimentales positives, ne peut-on que rester sur une prudente réserve, puisque *la tuberculose aussi bien que la syphilis sont*

susceptibles de déterminer dans les muscles les mêmes lésions de sclérose pure, sans signature histologique. »

Ainsi dans le foie, dans le muscle, nous trouvons des lésions tuberculeuses à type scléreux, sans caséification, sans cellules géantes et épithélioïdes; les mêmes recherches pourraient être faites pour d'autres organes et donneraient très vraisemblablement les mêmes résultats. Que conclure, sinon, comme Pilliet, que le champ de l'anatomie pathologique de la tuberculose s'agrandit, que le tubercule ne peut être seul à représenter la lésion produite par le bacille de Koch et qu'un grand nombre de lésions, qui étaient négligées ou éliminées, doivent être regardées maintenant comme dues au bacille.

Rappelons cependant que la cellule géante ne fait pas défaut d'une manière absolue dans les lésions du lupus érythémateux. Nous avons déjà dit qu'Audry ayant eu un préparateur qui eut la patience de faire de deux à trois cents coupes de pièces de lupus érythémateux, put constater, dans trois cas différents, des cellules géantes. Un de ces cas est particulièrement intéressant: il s'agissait d'un lupus érythémateux de la face et des membres; on examina les lésions de la face, de la cuisse et de la jambe. Or, dans la pièce provenant de la jambe, on ne put trouver aucune cellule géante. Au contraire, dans celles de la face et de la cuisse on trouvait des altérations caractérisées admirablement par leur agglomération nodulaire de cellules embryonnaires volumineuses, se détachant nettement sur l'ensemble du tissu conjonctif de la région, vivement condensées à la périphérie, semées de nombreuses cellules géantes parfaitement développées et aussi typiques

par leurs rapports avec les nodules que par leur apparence personnelle.

Ces observations sont infiniment instructives ; elles permettent de penser que les cellules géantes existent dans un certain nombre de cas de lupus de Cazenave, mais qu'elles y sont extrêmement rares et difficiles à constater, puisqu'il faut faire près de deux cents coupes pour arriver à en trouver. Or, il est bien certain que dans toutes les observations publiées où l'on a noté l'absence de cellules géantes, ces conditions d'étude n'ont pas été exécutées.

Examinons maintenant la question à un autre point de vue : nous allons retrouver, histologiquement, les mêmes arguments que nous avait fournis la clinique, touchant les formes de passage qui existent entre le lupus tuberculeux et le lupus de Cazenave, et entre celui-ci et les autres formes de tuberculose cutanée atypique.

Nous avons déjà parlé du lupus érythémato-tuberculeux, qui a été étudié microscopiquement par Leloir, sous le nom de lupus érythématoïde. De même qu'au point de vue clinique nous trouvons une combinaison des différents symptômes appartenant à la forme tuberculeuse et à la forme érythémateuse, de même on trouve au point de vue histologique les lésions de ces deux types, combinées. On constate de l'hyperkératose avec parakératose ; des cônes cornés pénètrent de place en place dans le corps muqueux, qui est hypertrophié irrégulièrement. Dans le derme, on trouve une prolifération excessive des cellules fixes, une infiltration disséminée, des lésions des vaisseaux. L'infiltration se groupe en amas, et ceux-ci con-

tiennent en général, au milieu de cellules du type épithélioïde, une cellule géante grande ou petite.

Inversement, on trouve dans le lupus vulgaire certaines lésions occasionnelles, telles que télangiectasies, dégénérescences cellulaires, qui sont du même ordre que celles du lupus érythémateux.

Ainsi donc, « entre le lupus de Cazenave et le lupus de Willan il existe une gamme ininterrompue de lésions et on peut observer les formes suivantes : lupus érythémateux typique, cliniquement et microscopiquement ; lupus érythémateux typique cliniquement, érythémato-tuberculeux, mixte, microscopiquement ; lupus érythémato-tuberculeux, mixte, cliniquement et microscopiquement ; lupus tuberculeux, où l'on peut même constater certaines lésions histologiques du lupus érythémateux » (Leredde).

D'autre part, les mêmes formes de transition existent entre le lupus de Cazenave et les tuberculoses atypiques du type nodulaire ou lichénoïde. Les lésions histologiques sont même tellement semblables que c'est en se fondant sur elles que Böeck avait décrit les formes à petits nodules (ancien type acnitis, folliclis), sous le nom de lupus érythémateux disséminé. En particulier, on trouve partout la même signature histologique sous forme d'altérations vasculaires, identiques dans tous les cas. L'analogie peut être poussée plus loin : les formes de tuberculose atypique où l'on ne trouve pas de cellules géantes ont leurs lésions en quelque sorte calquées sur celles du lupus érythémateux pur ; quant aux formes qui contiennent des cellules géantes, elles correspondent absolument au lupus érythé-

mato-tuberculeux. Nous ne répéterons pas ici les éléments de cette comparaison ; il suffit de se rapporter aux examens histologiques qui accompagnent nos diverses observations.

Si nous résumons tout ce qui précède, nous voyons qu'il existe, entre les diverses variétés de tuberculose cutanée, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue histologique, toute une gamme de lésions qui mènent du lupus tuberculeux au lupus érythémateux, et du lupus érythémateux aux autres formes de tuberculose atypique. Il s'agit donc d'affections en rapport très étroit les unes avec les autres. D'autre part, les cellules géantes ne font pas défaut d'une manière constante dans le lupus de Cazenave : seulement elles y sont extrêmement rares et extrêmement difficiles à trouver ; leur recherche demande une patience que ne possèdent pas en général les histologistes. Enfin, la cellule géante ne représente pas exclusivement le mode de réaction des tissus vis-à-vis du bacille de Koch : nous connaissons un certain nombre de tuberculoses viscérales et musculaires, qui consistent uniquement en infiltration lymphocytaire et en sclérose, altérations du même ordre que celles du lupus de Cazenave. L'histologie ne nous paraît donc pas fournir d'argument réfutant d'une façon convaincante la théorie tuberculeuse du lupus érythémateux.

Insuffisance des théories autres que la théorie tuberculeuse.

Nous devons reconnaître, d'autre part, que ni la clinique, ni l'histologie ne nous fournissent non plus, en faveur de la théorie tuberculeuse, d'argument absolument

probant, capable d'entraîner la conviction, de l'imposer d'une façon indiscutable, scientifique. Mais disons tout de suite que les adversaires de cette théorie n'ont pu la remplacer par aucune explication plausible. Aucune théorie, autre que la théorie tuberculeuse, ne peut réunir même l'apparence de preuves, et l'on est frappé de la faiblesse de l'argumentation employée pour les soutenir.

Certains dermatologistes de l'école de Vienne font du lupus de Cazenave une dermatose banale, dans la production de laquelle interviendraient des facteurs atmosphériques : froid, vent, chaleur, etc...

Mais d'abord qu'est-ce qu'une dermatose banale ? Et comment des facteurs tels que ceux que nous venons d'énumérer seraient-ils capables de produire des lésions aussi hautement différenciées que celles du lupus érythémateux ?

Que dirons-nous de la théorie qui en fait une angionévrose ? Angionévrose de quelle nature ? car il faut bien supposer un agent exerçant son action sur le système nerveux, pour que celui-ci modifie à son tour l'état vasculaire, et quel est cet agent ? Nous voyons réapparaître, dans cette théorie, cette boîte de Pandore qu'à longtemps représenté le système nerveux en dermatologie, et d'où il sort une théorie nouvelle, chaque fois que nous sommes embarrassés et que nous avons à dissimuler notre ignorance.

L'opinion la plus accréditée en Allemagne, consiste à faire du lupus érythémateux une maladie infectieuse spécifique de la peau ; on fournit en faveur de cette théorie les arguments suivants : les foyers du lupus de Cazenave

sont nettement limités : ils se localisent de préférence sur les parties découvertes du corps. Une variante de cette théorie fait du lupus érythémateux une maladie infectieuse chronique, ce que Jadassohn appelle : les tumeurs infectieuses de granulation. Par là s'expliqueraient l'évolution chronique, la difficulté de la guérison, la tendance aux récidives locales, et surtout les formes généralisées aiguës, qui se déroulent, accompagnées de phénomènes généraux, comme dans les maladies infectieuses plus ou moins aiguës.

Sans doute toutes ces raisons sont valables ; oui, à juste titre le lupus érythémateux peut être tenu pour une maladie infectieuse chronique ; mais quel agent infectieux pourra être incriminé, autre que le bacille de Koch ? Les examens bactériologiques ont-ils révélé la présence de micro-organismes différenciés ? Voici une dermatose dont on fait une maladie infectieuse chronique : chez presque tous les sujets qui en sont atteints on trouve une tare tuberculeuse, ou des antécédents tuberculeux héréditaires ou personnels ; à l'examen histologique on trouve toutes les transitions entre les lésions constatées et celles de la tuberculose franche ; dans certains cas on trouve même des cellules géantes, c'est-à-dire le mode de réaction le plus différencié qui puisse être produit par le bacille de Koch ; dans les cas de lupus érythémateux aigu disséminé, les phénomènes de maladie infectieuse, les symptômes généraux concomitants sont presque toujours de la tuberculose aiguë viscérale ; et, pour expliquer cette dermatose, plutôt que de s'arrêter à l'hypothèse d'une action du bacille de Koch, qui est celle qui se présente naturelle-

ment à l'esprit, qui est rationnelle, qui est logique, qui s'impose, on incrimine un micro-organisme quelconque, inconnu, que personne n'a jamais décelé. Étrange raisonnement, en vérité !

Il reste donc qu'une preuve supplémentaire de la théorie tuberculeuse du lupus érythémateux nous est fournie par la faiblesse des arguments qui appuient les théories adverses. La preuve scientifique absolue de cette nature tuberculeuse nous fait défaut puisque, jusqu'ici, la recherche des bacilles et les inoculations sont restées négatives ; mais raisonnablement, logiquement, la théorie tuberculeuse nous paraît seule possible. Il ne nous reste plus qu'à attendre la confirmation des faits ; elle viendra, nous en sommes sûr, car logiquement elle doit venir, comme pour les tuberculoses atypiques à petits nodules, comme pour le lichen scrofulosorum, comme pour l'érythème induré, dont la nature tuberculeuse était niée au nom de la clinique et de l'histologie, et dont la preuve tuberculeuse a été faite quelques années plus tard.

Observations.

OBSERVATION XLIII (Personnelle).

Lupus érythémateux à forme fixe (Résumée).

M^{me} B..., 36 ans.

Antécédents. — *État général.* — Mère vivante en très bonne santé. — Père mort de péritonite. — Un frère et une sœur bien portants.

La malade a eu, vers l'âge de 18 ans, de la toux persistante, pen-

dant près d'un an, qui s'est accompagnée de quelques crachements de sang. Depuis elle n'a jamais eu d'affection des voies respiratoires.

Elle a eu des ganglions cervicaux pendant son enfance et son adolescence, jusque vers l'âge de dix-huit ans. Elle est sujette aux engelures régulièrement tous les hivers. Froid aux pieds très persistant.

La malade paraît actuellement bien portante ; mais elle est de constitution assez faible et délicate.

Lésions cutanées. — Les lésions ont débuté il y a deux ans au printemps, par l'extrémité du nez, sous forme d'une tache érythémateuse. Un médecin consulté diagnostiqua de l'acné et prescrivit un traitement avec une lotion soufrée et de la pommade à l'oxyde de zinc. La malade a suivi ce traitement pendant deux ans sans résultat.

Les lésions siègent actuellement sur la moitié inférieure de la face dorsale et sur la partie moyenne de la face droite du nez. Elles sont absolument planes, de couleur rouge foncé, à contours irréguliers, sans saillie des bords, sans altérations régressives au centre. Elles sont recouvertes de squames fines, superficielles. Ni à la loupe, ni par la pression à la lame de verre on ne trouve trace de dilatations vasculaires. A la loupe on distingue un enduit squameux très fin et une dilatation des orifices des glandes sébacées.

Par la pression au doigt on ne sent pas trace d'infiltration au niveau des lésions, mais elles sont très sèches et donnent une impression râpeuse au toucher. La peau du reste du nez présente un état séborrhéique : elle est grasse et luisante.

Sur la joue droite est apparue depuis dix mois une petite tache de lupus érythémateux, qui présente le même aspect que les lésions du nez.

OBSERVATION XLIV (Personnelle).

Lupus érythémateux en placard à forme fixe (Résumée).

M^{lle} D..., 35 ans.

Antécédents. — *État général.* — Mère morte d'une congestion cérébrale. Père vivant, en bonne santé. Un frère mort à 16 ans d'une maladie de foie ; 4 frères et sœurs vivants, en bonne santé, n'ayant jamais eu d'affection pulmonaire.

On ne retrouve pas d'antécédents bacillaires parmi les collatéraux.

Personnellement, la malade déclare avoir toujours été très anémique, mais elle n'a jamais fait de véritable maladie. Pas de rhume chronique l'hiver.

La malade a eu, étant enfant, quelques ganglions cervicaux, mais qui n'ont jamais suppuré. On trouve actuellement un ganglion sous-maxillaire à gauche.

La patiente n'a jamais eu d'engelures dans sa jeunesse, mais il a commencé à en apparaître aux mains, depuis deux ans, précédant de peu l'apparition du lupus ; elles durent tout l'hiver et s'ulcèrent. Cette année, pour la première fois, il y en a eu aux oreilles.

État cutané. — Le début de l'affection date de un an ; elle est survenue en pleine santé, commençant par une rougeur diffuse de la narine droite ; l'envahissement a été progressif ; il est plus marqué depuis un mois.

On note aujourd'hui une rougeur sombre du nez, diffuse, mal limitée, plus accentuée à l'extrémité de cet organe et sur les narines, mais se fondant insensiblement à la partie supérieure, presque jusqu'à la racine du nez, et sur les côtés, dans les replis naso-géniens. A l'union de la face dorsale et de la face latérale droite du nez, à la hauteur du tiers moyen, on note une zone blanchâtre, tranchant sur la rougeur périphérique, au niveau de laquelle on trouve un état atrophique de la peau, qui est en même temps recouverte de squames fines, très sèches, très adhérentes. Ces squames se prolongent jusque vers l'extrémité du nez, de plus en plus fines. La zone blanchâtre et squameuse correspond au point de début des lésions.

On ne trouve rien à noter au niveau de la zone érythémateuse, sinon que les orifices des glandes sébacées paraissent dilatés et sont plus apparents. Pas de téléangiectasies.

Au toucher la peau est sèche, mais est restée souple. Sauf au niveau du point squameux on ne sent nulle part d'infiltration.

En résumé : lupus érythémateux à forme congestive, irritable, diffuse.

Les mains présentent un état asphyxique marqué et des engelures ulcérées.

OBSERVATION XLV (Personnelle).

Lupus érythémateux discoïde à forme fixe (Résumée).

M^{me} D..., 27 ans.

Antécédents. — État général. — Père et mère vivants en bonne santé. Un frère et une sœur très bien portants.

La patiente n'a jamais été malade ; santé toujours excellente. Elle a eu deux enfants morts tous deux en bas âge, de péritonite, lui a-t-on dit.

A eu des ganglions dans l'enfance, dont un suppuré. Aucun ganglion actuellement.

N'a jamais eu d'engelures. Froid aux mains et aux pieds persistant.

La malade est de petite taille, mais paraît robuste.

État cutané. — L'affection a commencé il y a quatre ans et demi, par de petites taches sur la joue et le nez, qui depuis se sont accrues lentement, mais d'une façon continue.

Actuellement : Placard central siégeant sur le nez, où il occupe la face dorsale dans toute sa hauteur, la moitié de la face latérale gauche, toute la narine gauche et toute la face latérale et la narine droite. Ce placard a une teinte rouge foncé ; il est très légèrement saillant ; son bord inférieur est net, quelque peu proéminent, tandis que ses bords latéraux et surtout son bord supérieur sont de niveau et se confondent insensiblement avec les tissus environnants. Vers sa partie inférieure, on distingue deux petites zones décolorées, blanches, et un peu affaissées.

Par endroits on note un enduit squameux assez fin, mais très adhérent. A la loupe, on ne distingue nulle part de télangiectasies, mais on remarque, sur le pourtour des deux petites zones décolorées, quelques petites papules, qui semblent s'élever de l'infiltration sous-jacente ; par la pression à la lame de verre, ces points restent colorés et forment de petites macules rougeâtres. Par la pression au doigt, on sent une infiltration assez profonde. Aucune douleur, ni spontanée, ni à la pression.

Sur la joue droite, vaste placard occupant les régions malaire et zygomatique, à contours irréguliers. Les bords de ce placard sont légèrement en saillie, surtout à la partie inférieure, où ils forment un véritable bourrelet. Il est de couleur rouge foncé, avec, par places, des zones affaissées, décolorées, blanchâtres. Ces parties, qui semblent le siège de lésions régressives, forment principalement deux grands îlots, de chaque côté du placard, séparés par une bande de tissu rouge et proéminent. En certains points de ces îlots décolorés se détachent quelques papules rouges, lésions encore en activité.

Les lésions sont recouvertes de squames très épaisses, très sèches, très adhérentes. A la loupe, celles-ci paraissent presque stratifiées par endroits. On ne distingue aucune télangiectasie.

A la pression au doigt, l'infiltration apparaît assez profonde et les lésions donnent une sensation de sécheresse absolue.

Indolence complète, spontanément et à la pression.

OBSERVATION XLVI (Personnelle).

Lupus érythémateux à forme fixée (Résumée).

M^{me} B..., 30 ans.

Antécédents. — État général.

Père et mère vivants, en bonne santé. *Une sœur morte jeune de méningite tuberculeuse. — Deux frères du père morts tuberculeux.*

La malade a eu une broncho-pneumonie il y a 4 ans, ayant duré trois mois.

N'a pas eu de ganglions dans l'enfance. On trouve actuellement deux petits ganglions sous-maxillaires. — Engelures ulcérées pendant toute la jeunesse jusqu'à l'âge de 20 ans.

La malade paraît de constitution robuste ; pourtant elle s'enrhume facilement l'hiver.

A l'auscultation on trouve une diminution du murmure vésiculaire du côté droit et une très légère submatité de la fosse sous-claviculaire.

État cutané.

Les lésions ont commencé il y a 12 ans sur le côté gauche du nez, par un bouton, qui, dit la malade, « forma bientôt comme une engelure ».

La progression a été assez rapide.

On trouve actuellement un lupus érythémateux typique, occupant toute la face dorsale du nez, l'extrémité de cet organe et ses parties latérales (en respectant les narines). Les lésions sont de couleur rouge sombre, couvertes de squames assez épaisses et adhérentes, absolument planes, sans saillie des bords, sans atrophie centrale, avec quelques télangiectasies. A la pression au doigt on a la sensation d'une infiltration assez profonde ; il s'agit d'une forme fixe, infiltrée.

Vers le centre de la joue gauche, deuxième placard, ayant à peu près les dimensions d'une pièce de 10 centimes, très superficiel, sans infiltration appréciable, avec enduit squameux, appréciable surtout à la loupe et au toucher.

Sur le front, troisième placard occupant toute la moitié droite, figuré par un contour irrégulier, fragmenté par place, de couleur rouge assez vif, sans squames ni télangiectasies, circonscrivant au centre une zone cutanée actuellement normale, sans atrophie cicatricielle, mais qui, déclare la malade, aurait été il y a un an le siège de lésions semblables à celles des bords.

Dans le cuir chevelu, au-dessus du front, séparé par un mince liséré de cheveux, on trouve un placard ayant les dimensions de la paume de la main, présentant des parties blanches, fibreuses, de tissu cicatriciel, et des parties rouge sombre, en activité, légèrement squameuses.

L'oreille gauche a presque complètement disparu : l'hélix, le lobule, le pavillon ont été rongés et autour du conduit auditif externe on ne trouve plus qu'une sorte de moignon l'encerclant, accolé au crâne, de couleur rouge sombre et squameux ; quelques points sont formés d'un tissu blanc, fibreux, cicatriciel. Du côté droit l'oreille est respectée ; on note simplement un petit placard rougeâtre au niveau du lobule.

Enfin, à la région temporale gauche, petit placard allongé, de 3 centimètres de haut sur 2 de large, présentant les mêmes caractères que les lésions du nez.

OBSERVATION XLVII (Personnelle).

Lupus érythémateux, forme fixe en placards (Résumée).

M^{lle} Desp..., 24 ans.

Antécédents. État général.

Père mort d'une maladie de cœur ; mère vivante, en bonne santé. 7 frères et sœurs de santé plus ou moins robuste, mais assez bien portants, *sauf une des sœurs qui depuis quelque mois fait de la tuberculose pulmonaire*. Un enfant d'une autre sœur mort à 6 ans de méningite tuberculeuse.

La patiente est de santé délicate, assez chétive, mais elle n'a jamais fait de maladie aiguë. Au moment où le lupus a débuté, il y a 11 ans, elle était particulièrement faible et anémique. Elle a eu pendant les trois dernières années une bronchite, régulièrement chaque hiver.

Ganglions cervicaux dans l'enfance ; aucun suppuré. On n'en trouve plus actuellement. Engelures persistantes tous les hivers jusqu'il y a 5 ans. Froid aux pieds persistant, douloureux, l'hiver.

État cutané. — Le début remonte à 11 ans, par un petit bouton apparu sur le nez, qui s'est étalé par sa périphérie, formant tache. Avec des alternatives de mieux, consécutives à des traitements, les lésions ont continué à s'aggraver, avec des poussées survenant à chaque automne.

On trouve aujourd'hui des lésions occupant les deux tiers inférieurs de la face dorsale du nez, l'extrémité du nez, et la narine gauche. Ces lésions sont planes, sans bourrelet périphérique, sans atrophie centrale, de couleur rouge violacé; de place en place on trouve quelques points, très petits, qui présentent une tendance cicatricielle et sont de couleur blanchâtre. Les lésions sont partiellement recouvertes d'un enduit squameux, très fin et très adhérent. A la loupe on distingue quelques télangiectasies très fines. A la pression au doigt, l'infiltration apparaît assez importante; l'extrémité du nez est assez dure, résistante.

OBSERVATION XLVIII (Personnelle).

Lupus érythémateux, forme fixe, en placards (résumée).

M^{lle} C..., 30 ans.

Antécédents. — État général. — Père vivant. Mère morte sans qu'on sache exactement de quoi. Un frère très bien portant; une sœur de santé délicate, 6 frères et sœurs morts. *Une sœur morte rapidement, après un « chaud et froid ».*

Fièvre typhoïde à 16 ans. — *Il y a deux ans, période d'amaigrissement, sueurs nocturnes, fièvre vespérale, toux, quelques crachats hémoptoïques.*

Actuellement la santé générale paraît bonne.

Ganglions sous-maxillaires dans l'enfance. Sujette aux engelures pendant toute sa jeunesse.

État cutané. — Début des lésions il y a une douzaine d'années, après avoir eu une oreille gelée. Progrès extrêmement lents. Pendant ces 12 années, la malade a remarqué des alternatives de mieux, pendant lesquelles les lésions n'étaient presque plus apparentes; puis il se produisait une nouvelle poussée.

Les lésions occupent aujourd'hui tout le bord externe de l'oreille gauche, dans sa moitié inférieure, et s'étendent en avant jusqu'au conduit auditif. Elles sont caractérisées par un tissu

rouge foncé, infiltré, recouvert de petites squames fines, blanches, très adhérentes. A la partie supérieure, les lésions s'isolent et forment de tout petits îlots, de la grosseur d'une grosse tête d'épingle, couverts d'une squame.

En arrière, elles sont couvertes de croûtes très épaisses, adhérentes; les tissus sont, à ce niveau, irréguliers, déformés, cicatriciels en plusieurs points; cet état est dû à des cautérisations subies par la malade.

La malade a été revue un an après la guérison de son lupus. Elle était très amaigrie, très faible, en convalescence d'une pleurésie, son médecin traitant ordinaire l'envoyait à un sanatorium.

OBSERVATION XLIX (Personnelle).

Lupus érythémateux fixe, en plaque, forme plane (resumée).

M^{lle} Van B..., 49 ans.

Antécédents. — État général. — Père mort cause inconnue. Mère morte « de la poitrine ». Une sœur vivante, bien portante. Une autre sœur, morte jeune de « faiblesse ».

La malade est de santé chétive, mais n'a jamais fait de vraie maladie. — Elle s'enrhume facilement. *Depuis quelque temps elle a maigri sensiblement. On trouve à l'auscultation quelques frottements à la base du poumon gauche; à droite, en avant, dans la zone claviculaire, légère submatité et respiration soufflante, prolongée.*

Pas de ganglions dans l'enfance, mais engelures pendant des années.

État cutané. — Début il y a deux ans par l'apparition d'une petite tache rouge, à la partie supérieure de la face droite du nez.

On trouve aujourd'hui un petit placard de lupus érythémateux caractéristique, étendu transversalement à la partie supérieure du nez, s'étendant à droite jusque près de l'angle interne

de l'œil, à gauche jusqu'au milieu de la face latérale du nez. Les lésions sont de couleur rouge violacé assez vif, sans tendance atrophique centrale. Elles sont complètement planes, avec enduit squameux adhérent. A la loupe, on distingue trois ou quatre petites télangiectasies. Au doigt on a une sensation d'infiltration superficielle. — Indolence complète.

OBSERVATION L (personnelle).

Lupus érythémateux fixe (résumée).

M^{lle} Ja.... 25 ans.

Antécédents. — *État général.* — Aucun antécédent familial intéressant; père et mère vivants, en bonne santé.

La malade a eu une pleurésie gauche, à l'âge de 16 ans, suivie d'une convalescence assez longue. Depuis elle tousse toujours un peu, cependant sa santé générale est bonne. La malade est bien constituée et paraît même robuste.

Elle n'a jamais eu d'hémoptysies.

Quelques ganglions cervicaux dans l'enfance. Actuellement elle a de temps en temps une augmentation de volume passagère des ganglions du cou.

L'auscultation ne révèle rien d'anormal.

Engelures nombreuses dans l'enfance. Actuellement acro-asphyxie des mains et des pieds et sensation de froid persistant.

État cutané. — Les lésions ont débuté il y a un an. Elles forment un placard au niveau de l'extrémité du nez, ayant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Le centre de ce placard présente une tendance atrophique marquée; il est légèrement déprimé, de couleur blanc mat, occupé par un tissu à tendance scléreuse. Sur le pourtour on trouve un liséré, légèrement en saillie, de couleur rouge vif, étroit, qui représente la zone de progression.

OBSERVATION LI (Personnelle).

Lupus érythémateux à forme fixe, plane, en placard (résumée).

M^{me} Fav..., 36 ans.

Antécédents et état général. — Mère morte de « congestion pulmonaire » en un mois, à l'âge de 45 ans. — Un frère mort tuberculeux.

La malade a toujours été bien portante, à part une fièvre typhoïde, à l'âge de 17 ans. Elle est sujette aux rhumes. Elle a eu quelques glandes rétro-auriculaires dans l'enfance. On trouve aujourd'hui deux ganglions sous-maxillaires durs, du volume d'une noisette.

L'auscultation ne donne rien d'anormal.

État cutané. — Les lésions ont débuté il y a cinq ans par de l'érythème de l'extrémité du nez, et se sont depuis étendues lentement, formant tache en s'étalant.

Elles occupent aujourd'hui l'extrémité du nez et la moitié inférieure de sa face dorsale : elles présentent l'aspect classique du lupus érythémateux. On note une rougeur sombre, violacée, couverte partiellement de squames blanchâtres fines, adhérentes : les lésions sont parsemées de quelques arborisations vasculaires. Leur bord est assez net, marqué par une sorte de bourrelet d'un rouge plus vif.

Au toucher, l'infiltration du tégument apparaît modérée, mais il donne une sensation de rugosité et de sécheresse extrêmes.

OBSERVATION LII (Personnelle).

Lupus érythémateux à forme fixe, en placards discoides (résumée).

M. Gl..., 35 ans.

Antécédents et état général. — Mère morte d'un cancer. Père vivant, bien portant. Un frère mort à 6 mois de cause inconnue.

Pas de tuberculose connue chez les ascendants ni les collatéraux.

Le sujet n'a pas été malade. Pas d'affections des voies respiratoires. N'a jamais toussé. Pas d'adénopathies dans l'enfance. Actuellement on trouve un petit ganglion, à l'angle du maxillaire, à droite. Le malade a toujours eu des engelures aux mains depuis son enfance ; il en a régulièrement chaque année.

Il est de constitution moyenne, pas très robuste. *Il a maigri d'une façon appréciable depuis quelque temps et se sent affaibli.*

L'auscultation ne révèle rien d'anormal.

État cutané. — Depuis l'âge de 15 ans le malade avait des « engelures chroniques » aux deux oreilles ; les lésions s'aggravaient considérablement tous les hivers et ne disparaissaient pas complètement l'été. A l'âge de 21 ans, le bord des oreilles a commencé à s'entamer ; depuis il a continué à se ronger peu à peu.

Il y a deux ans, apparition d'une petite tache rouge sur la joue droite, en avant de l'oreille, tache qui s'agrandit peu à peu. Deux mois après, apparaissait une nouvelle tache érythémateuse, juste en dessous du lobe de l'oreille ; deux mois plus tard, deux nouveaux points symétriques du côté gauche ; enfin l'an dernier, apparition d'un dernier placard du côté droit, sur le rebord du maxillaire.

Le rebord de l'hélix est aujourd'hui complètement rongé dans sa partie moyenne, des deux côtés ; il est remplacé par un bourrelet atrophique. Certains points du cartilage, moins rongés que les parties périphériques, forment de place en place de petits éperons, durs, saillants. Les tissus sont rouge violacé foncé, avec des téléangiectasies par places. Au toucher, les oreilles sont remarquablement froides ; elles sont douloureuses l'hiver, indolores l'été.

Sur les joues, on retrouve tous les placards dont la date d'apparition a été donnée plus haut. Ils ont une forme arrondie et ont tous à peu près les mêmes dimensions : celles d'une pièce de 10 centimes. Ils sont de coloration rouge assez clair, légèrement déprimés par rapport aux tissus environnants, avec un aspect atrophique de l'épiderme, qui est en même temps légère-

ment squameux. Ils sont limités par un bourrelet d'un rouge un peu plus vif qui, étant de niveau avec la peau environnante, fait une légère saillie du côté des lésions. Pas de télangiectasies à leur niveau. Au toucher, on sent une infiltration modérée.

OBSERVATION LIII (Personnelle).

Lupus érythémateux à forme fixe, en papillon (résumée).

M^{me} Her..., 29 ans.

Antécédents et état général. — Père et mère vivants, le père a eu une pleurésie; il est aujourd'hui en bonne santé. La mère est bien portante. Un frère de la mère est mort tuberculeux.

Deux sœurs et deux frères de la malade sont morts tuberculeux; deux fils d'une sœur vivante sont morts également tuberculeux.

La malade a toujours été bien portante. Elle n'a jamais eu d'affection des voies respiratoires. Elle a eu quelques ganglions cervicaux dans l'enfance; on n'en trouve pas actuellement. Jamais d'engelures.

La malade paraît robuste et bien constituée. A l'auscultation, on trouve du côté droit une inspiration rugueuse et une expiration prolongée et soufflante. Dans la fosse sus-épineuse, du même côté, on entend quelques craquements très fins, à la fin de l'inspiration.

État cutané. — Les lésions ont débuté, il y a 6 ans, par une petite tache rouge au niveau du nez, tache qui a progressé surtout depuis trois ans. Les lésions affectent aujourd'hui la disposition en papillon. On trouve un grand placard central, qui occupe tout le nez et s'étend à droite sur le repli naso-génien et une partie de la joue, sous l'œil droit; du côté gauche, l'aile du papillon est figurée par une plaque isolée, ayant les dimensions d'une pièce de un franc, arrondie. L'aspect de toutes les lésions est le même: elles sont absolument planes, sans rebord saillant, de couleur rouge violacé, particulièrement squameuses, sèches et infiltrées

au toucher, parsemées de télangiectasies, ne présentant nulle part de tendances cicatricielles.

OBSERVATION LIV (Personnelle).

Lupus érythémateux en placards, à forme fixe (résumée).

M^{lle} H..., 33 ans.

État général. Antécédents. — Mère morte tuberculeuse. Père mort d'un cancer. 7 frères et sœurs morts de méningite.

Au moment où on l'examine, la malade se plaint d'un mauvais état général : amaigrissement marqué depuis quelques mois ; sueurs nocturnes abondantes depuis 2 semaines ; fièvre vespérale ($38^{\circ},8-38^{\circ},9$) ; quelques crachats hémoptoïques.

N'a jamais eu d'engelures, sauf depuis un an ; elles ont commencé à apparaître un an après l'apparition du lupus, uniquement au niveau des mains. Froid aux pieds persistant.

A eu de l'érysipèle à répétition de la face (30 à peu près), il y a 8 ou 10 ans.

État cutané. — Les lésions ont débuté il y a 2 ans par un petit bouton, sur l'aile gauche du nez ; l'extension a été rapide : en trois mois le diamètre atteint était celui d'une pièce de cinquante centimes. Depuis quelques mois, nouvel agrandissement.

Actuellement, on trouve un placard de lupus érythémateux type, ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs, qui occupe la partie moyenne de la face gauche du nez. Ce placard a une forme assez régulièrement arrondie, à contours assez nets ; il n'y a cependant sur le pourtour ni bourrelet, ni zone plus érythémateuse. La coloration du placard est rouge brique foncé ; sa surface est parsemée de quelques télangiectasies et recouverte d'un enduit squameux très fin, très adhérent. Au toucher, on sent une infiltration assez profonde de la peau et on a une impression de sécheresse complète et de rugosité de la peau. Aucune tendance à la régression spontanée. Indolence complète,

spontanément et sous la pression d'une lame de verre ; sous celle-ci la couleur rouge des lésions persiste.

Six mois après ce premier examen, l'état général de la malade avait empiré : amaigrissement plus accentué, disparition complète de l'appétit ; quintes de toux fréquentes, suivies de l'expectoration de crachats épais, surtout le matin.

L'auscultation révèle du côté gauche une matité nette dans la région claviculaire, une inspiration saccadée et râpeuse et quelques craquements ; en arrière, dans la fosse sus-épineuse, on entend quelques râles.

On procède à l'examen des crachats du matin et sur une lame on trouve plusieurs bacilles de Koch.

OBSERVATION LV (Personnelle)

Lupus érythémateux en placard, à forme fixe (résumée).

M. Ho..., 30 ans.

Antécédents. État général. — Père mort à la suite d'un « chaud et froid » en six mois. Pas d'autre affection tuberculeuse dans la famille.

Le malade est de santé délicate, de constitution assez chétive... N'a jamais eu de pleurésie ni d'affection aiguë des voies respiratoires. Tousse d'une manière irrégulière depuis deux ans. Coïncidant avec cette toux, amaigrissement marqué. Le malade est aujourd'hui facilement oppressé. L'auscultation révèle une expiration prolongée et une inspiration saccadée. Pas de matité.

A eu quelques ganglions cervicaux dans l'enfance. Sujet aux engelures. Extrémités refroidies et cyanosées.

État cutané. — L'affection date de 27 ans ; elle a débuté à l'âge de 3 ans, sans maladie antérieure. Depuis cette époque, elle s'est développée par poussées irrégulières. L'extension n'a pas cessé de se faire ; elle était encore évidente l'année dernière.

On trouve actuellement un vaste placard occupant presque toute la joue droite, depuis le rebord narinaire jusqu'au-devant de l'oreille et depuis la paupière inférieure jusqu'à deux travers

de doigt au-dessus du rebord du maxillaire. L'ensemble de ce placard est constitué par un tissu cicatriciel, consécutif à de nombreux traitements antérieurs ; ce tissu cicatriciel a amené une sorte de dépression des lésions ; au niveau de leur bord en particulier, les tissus sains environnants forment un bourrelet surplombant la cicatrice.

Disséminés au milieu de cette cicatrice, on trouve encore un certain nombre de foyers en activité ; ils sont représentés par des zones érythémateuses, irrégulières de forme, plus ou moins déchiquetées, entourées de quelques télangiectasies, recouvertes d'un enduit squameux. Au niveau de certains de ces flots, on trouve quelques macules, de couleur chamois clair, rappelant assez l'aspect de lupomes ; on peut se demander si au niveau de ces points il ne s'agit pas de lésions de lupus érythémato-tuberculeux.

Rien dans la bouche, ni dans la gorge, ni dans les narines.

OBSERVATION LVI (Personnelle).

Lupus érythémateux à forme fixe (résumée).

M. Gir..., 47 ans.

Antécédents. État général. — Pas d'antécédents familiaux intéressants. Le malade a eu, il y a 20 ans, une *pleurésie* qui a été suivie d'une longue convalescence, avec *dyspnée persistante et fièvre*.

La santé générale du malade est bonne actuellement, mais le lupus érythémateux est apparu au moment d'une période de surmenage et d'amaigrissement.

Pas de ganglions. Sujet aux engelures dans l'enfance. Cyanose et refroidissement des extrémités.

État cutané. — Début il y a deux ans, par un petit point rouge, à l'extrémité du nez. Accroissement progressif et lent.

Actuellement le nez est pris en entier, jusqu'au niveau de l'espace intersourcilier. L'extension paraît se faire du côté gauche de la face. Pas de foyers aberrants.

Les lésions sont caractérisées par une nappe de rougeur sombre, diffuse; les bords du placard sont marqués par une teinte érythémateuse plus claire. Toute sa surface est recouverte de squames sèches, assez larges, qui desquament facilement. Pas de tendance centrale à l'atrophie; pas de lésions sébacées. Quelques rares télangiectasies sur les bords.

A la pression par la lame de verre, l'érythème persiste, et on trouve de petits points au centre desquels existe en général une squamelle.

Au toucher, on sent une infiltration considérable et une grande sécheresse; la peau donne une impression de parchemin; il est impossible de la plisser. L'indolence est complète.

OBSERVATION LVII (Personnelle).

Lupus érythémateux fixe, à tendance cicatricielle (résumée).

M. Gin..., 38 ans.

Antécédents. État général. — Père mort de cause inconnue. Mère en bonne santé.

Le malade n'a jamais fait de maladie grave. Pas d'affection des voies respiratoires. Cependant s'enrhume très facilement l'hiver et tousse alors pendant un à deux mois.

Actuellement, santé assez bonne; cependant le malade n'est pas très robuste.

L'auscultation ne révèle rien d'anormal. Engelures dans l'enfance; actuellement mains de couleur violacée.

État cutané. — Les lésions ont débuté il y a 10 ans, par trois petits boutons sur la joue gauche. Ces boutons se sont affaîssés, ont donné naissance à une petite tache rouge, qui s'est peu à peu étendue. Depuis, il y a eu de temps en temps des poussées, entrecoupées par des périodes de rémission.

Actuellement, on trouve un placard affectant dans son ensemble une forme triangulaire, siégeant près de la commissure labiale gauche.

La couleur des lésions est rose pâle; le contour est net, arrondi, ne faisant aucune saillie; les lésions sont absolument planes. Ce placard présente un aspect assez spécial: il n'y a aucune réaction épidermique apparente; la peau est fine, lisse, souple, d'aspect atrophique; elle donne l'apparence de former une sorte de glace opaque, pâle, une sorte de pelure d'oignon. Au centre du placard, on trouve un petit noyau de tissu cicatriciel, fibreux, affectant à peu près une forme étoilée. Le bord du placard est formé par un mince liséré de couleur un peu plus rouge que le reste des lésions, qui semble représenter la zone d'accroissement. La loupe et la pression à la lame de verre ne révèlent, comme détails nouveaux, que la présence, par places, de quelques fines arborisations vasculaires.

Toujours du côté gauche et dans la région préauriculaire, on trouve un deuxième placard, ayant à peu près les dimensions d'une pièce de un franc, à contours nets, arrondis; il présente à peu près le même aspect que le placard de la joue; cependant on trouve ici un léger enduit squameux sur quelques points.

OBSERVATION LVIII (Personnelle).

Lupus érythémateux à forme fixe, en papillon de la face (résumée).

M^{lle} de R..., 24 ans.

Antécédents. — *État général.* — Mère en bonne santé; père mort de congestion pulmonaire. Une sœur morte de tuberculose à 18 ans; une tante morte tuberculeuse.

Le sujet a une santé générale excellente; elle n'a jamais été malade. Un an avant l'apparition du lupus, érysipèle localisé au nez, suivi de 2 ou 3 récides.

État asphyxique prononcé des mains. Froid aux pieds persistant. Engelures tous les hivers.

État cutané. — Début il y a 6 ans, par de petits boutons très

rouges, sur le nez, qui se sont réunis dans l'espace d'un an pour former une plaque d'abord uniquement érythémateuse, puis plus tard recouverte de squames. Progressivement l'affection a envahi les paupières, le dessous des yeux, enfin les replis naso-géniens et surtout la joue gauche. Les lésions progressaient très lentement, en s'élargissant circulairement.

On trouve aujourd'hui un grand placard central occupant presque tout le nez; il est légèrement saillant, à contours irréguliers, de couleur rouge foncé; il est partiellement recouvert de squames blanches, épaisses, très adhérentes. Les bords sont légèrement surélevés. A la loupe, on aperçoit quelques télangiectasies. A la pression, on sent une infiltration très nette du derme, une sensation de tissu parcheminé.

Quelques petits placards arrondis, disséminés, à la région malaire gauche, et vers l'angle externe de l'œil gauche, de couleur lie de vin, recouverts de squames fines, infiltrées, parcheminées, indolores.

Sur la joue gauche, vers la région mastoïdienne, vaste placard s'étendant de l'arcade zygomatique jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'angle du maxillaire, à contours irréguliers, de couleur rouge foncé, recouvert de squames épaisses et adhérentes, zone de rougeur diffuse tout autour du placard dont les contours ne sont pas très nettement dessinés. Infiltration au toucher et sécheresse absolue. Indolence complète.

L'oreille gauche est complètement envahie; les lésions recouvrent tout le lobe, dans ses moindres replis et s'étendent jusqu'à l'entrée du conduit auditif. L'oreille apparaît légèrement augmentée de volume; elle est de couleur rouge foncé, recouverte de squames très adhérentes et si épaisses qu'elles donnent presque un aspect crétacé. La peau, dans l'intervalle des squames, a un aspect chagriné, gaufré; au toucher l'oreille toute entière est dure, comme momifiée.

Sur le côté droit de la figure, lésions à peu près exactement symétriques.

OBSERVATION LIX (Personnelle).

Lupus érythémateux à forme fixe, discoïde, du centre de la face
(résumée.)

M^{lle} Pic..., 34 ans.

Antécédents. — État général. — La malade est de constitution robuste et très bien portante. Après un an de mariage elle a eu un enfant mort, à un an, de *méningite tuberculeuse*. Depuis, quatre fausses couches. Cependant il n'existe aucun signe de syphilis ni chez le mari, ni chez la malade. Le mari a une carie tuberculeuse d'un métatarsien du pied droit.

L'état général de la malade est excellent.

État cutané. — Les lésions ont débuté il y a 7 ans, par des taches érythémateuses sur le nez et les joues, qui depuis se sont agrandies lentement. On trouve aujourd'hui un placard central étendu, qui occupe la face dorsale et la face latérale droite du nez, deux placards arrondis, ayant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, siégeant symétriquement de chaque côté, dans les replis naso-géniens, en dessous des yeux, et deux autres petits placards, symétriques également, siégeant de chaque côté au-dessus du sourcil.

Toutes ces lésions présentent les mêmes caractères; il s'agit d'un lupus érythémateux typique, à forme congestive en nappe, sans vaisseaux dilatés, avec squames adhérentes, très fines. Aucune tendance à la cicatrisation spontanée centrale. Bords assez nets, mais sans bourrelet ni coloration plus vive. Infiltration modérée; sécheresse complète de la peau. Indolence absolue.

OBSERVATION LX (Personnelle).

Lupus érythémateux à forme fixe, en placard (résumée)

M^{lle} Not..., 23 ans.

Antécédents. — *État général.* — *Mère morte à quarante ans, phthisique.* Père vivant, en bonne santé. Un jeune frère mort de broncho-pneumonie. Deux autres frères en bonne santé. Un autre frère tousse depuis un an et vient d'avoir une pleurésie.

La patiente n'a jamais eu de maladies, à part les fièvres éruptives de l'enfance. Sa santé a toujours été excellente, sauf une période d'anémie, il y a 3 ou 4 ans.

L'auscultation est à peu près normale; on trouve seulement *l'expiration un peu prolongée, à gauche et une augmentation des vibrations avec submatité.*

Leucorrhée abondante, engelures étant enfant. N'a jamais eu de ganglions.

État cutané. — Début des lésions il y a trois ans, à la région préauriculaire droite. Un mois après apparaissait un point symétrique du côté gauche. Les lésions sont restées près d'un an stationnaires, puis se sont étendues peu à peu, par les bords.

On trouve actuellement deux placards, ayant à peu près les dimensions d'une pièce de cinq francs, siégeant à peu près symétriquement de chaque côté, dans la région préauriculaire.

Le placard du côté gauche paraît cicatrisé aux deux tiers. Des deux côtés, du reste, on se trouve en présence de lésions profondément modifiées par les traitements antérieurs et devenues partiellement fibreuses. Les lésions ont une teinte érythémateuse sombre, sauf au centre, qui est pâle, presque blanc. Contours réguliers, sur le pourtour mince zone rouge plus vive, qui représente la zone d'accroissement. Lésions absolument planes. Aucune squame, pas de télangiectasies, quelques macules rouge pourpre, sous la lame de verre. Infiltration très profonde. Indolence complète.

OBSERVATION LXI (Personnelle).

Lupus érythémateux à forme fixe, en placard (résumée).

M^{me} Nass..., 50 ans.

Antécédents. État général. — Mère vivante, a 93 ans; père mort à la suite d'un « froid et chaud ».

N'a jamais fait aucune maladie; santé générale toujours parfaite. A eu 4 enfants, dont 2 morts: un de la variole, l'autre à 20 ans, de *méningite tuberculeuse*.

A eu quelques ganglions cervicaux dans l'enfance; n'a plus rien eu depuis. Sujette aux engelures depuis son jeune âge; en a eu sans interruption toute sa vie. Extrémités cyanosées, froid aux pieds persistant.

État cutané. — Début des lésions il y a 20 ans, par deux plaques ayant occupé les pommettes, guéries à la suite d'un érysipèle de la face. Depuis est apparue une plaque, au niveau du nez, qui persiste depuis des années.

Elle occupe aujourd'hui la moitié inférieure de la face dorsale du nez, empiétant sur les faces latérales. La partie centrale est occupée par du tissu d'apparence cicatricielle, affaissé, blanchâtre, qui, à la loupe, apparaît plissée.

Sur tout le pourtour de cette zone cicatricielle, on trouve une zone en activité, assez mince sur le côté droit, plus étendue dans les parties supérieure et inférieure. Sur le côté droit, elle forme un mince bourrelet en saillie, de coloration rouge, recouvert d'un enduit squamo-croûteux extrêmement adhérent.

A la partie supérieure, la zone d'accroissement présente le même aspect, mais au lieu de former un rebord en saillie, très net, elle est plus large, plus étalée, plus diffuse. Sur l'extrémité du nez, se détachent quelques petites élevures, de forme irrégulière, de couleur rouge vif, partiellement souples, partiellement recouvertes d'un enduit squameux extrêmement fin, mais extrêmement résistant. Infiltration profonde au niveau de toutes ces lésions, indolence absolue.

OBSERVATION LXII (Personnelle).

Lupus érythémateux à forme fixe, du visage (résumée).

M^{lle} Nat..., 25 ans.

Antécédents. État générat. — Pas d'antécédents héréditaires intéressants.

La malade a toujours eu bonne santé; n'a jamais fait de maladie sérieuse. S'enrhume facilement.

Sujette aux engelures; froid aux pieds persistant.

A eu des ganglions axillaires il y a 12 ans, coïncidant avec la première apparition du lupus. Depuis une nouvelle poussée des lésions elle a eu des ganglions cervicaux. Actuellement encore on trouve un gros ganglion cervical à gauche.

L'auscultation est absolument normale.

État cutané. — Le début des lésions remonte à 12 ans; il se fit par de petits boutons réunis peu à peu en un placard ayant occupé d'abord simplement le nez.

Un érysipèle amena une disparition complète du lupus, qui resta silencieux pendant 5 ans.

Nouvelle poussée ayant débuté il y a 3 ans sur la pommette droite. Les lésions ont gagné rapidement le nez et la joue gauche.

Actuellement on trouve un grand placard central occupant le nez, et, symétriquement de chaque côté, des placards occupant les régions malaire et mastoïdienne.

Le placard central occupe presque tout le nez; il est à contours irréguliers, légèrement surélevé, à bords saillants, de coloration rouge foncé, recouvert par places de squames blanches assez minces. Par places, il présente de petits îlots à tendance atrophique. Pas de télangiectasies. Au toucher, l'infiltration apparaît très superficielle; les lésions ne donnent pas une impression de sécheresse, mais au contraire une impression moite, presque savonneuse.

Les placards des joues ont le même aspect.

Sur l'oreille droite, petit placard allongé, occupant le rebord postérieur du lobe et le lobule, de couleur rouge foncé et recouvert de squames assez épaisses. Au toucher, sensation de sécheresse et d'infiltration. Placard symétrique sur l'oreille droite. Les lésions sont tout à fait indolentes.

OBSERVATION LXIII (Personnelle).

Lupus érythémateux à forme fixe, de l'extrémité du nez (résumée).

M. Mic..., 24 ans.

Antécédents et état général. — Père mort diabétique ; mère bien portante ; ni frères ni sœurs ; aucune maladie de poitrine dans la famille.

Santé toujours parfaite. N'a fait aucune maladie ; aucune affection des voies respiratoires. Ne tousse jamais.

Pas de ganglions dans l'enfance, ni actuellement. A eu des engelures aux mains jusqu'à 20 ans. Cyanose des extrémités.

État cutané. — Début il y a 2 ans et demi, par une tache rouge sur la narine gauche ; progrès très lents.

On trouve actuellement un placard occupant toute l'extrémité du nez, la moitié de la narine gauche et les deux tiers de la narine droite, à contours assez irréguliers. Il est recouvert de squames extrêmement épaisses et extrêmement adhérentes, grasses, qui forment un véritable enduit. Ni téléangiectasies ni rougeur périphérique. A la pression, on sent une infiltration profonde.

Deux petits placards, ayant les dimensions d'un pois, sont placés de chaque côté près de l'angle de l'œil ; deux autres encore, ayant les mêmes dimensions, dans le repli naso-génien du côté droit.

Ces placards sont de couleur rouge foncé, mais très superficiels, absolument plans, sans atrophie centrale. Pas de squames. Indolence absolue.

OBSERVATION LXIV (Personnelle).

Lupus érythémateux à forme fixe, du visage (résumée).

M^{me} Marg..., 28 ans.

Antécédents et état général. — Père mort à la suite d'un « chaud et froid » après avoir trainé plusieurs mois. Mère vivante ; a eu deux fluxions de poitrine.

Un frère mort de la poitrine à 16 ans ; 2 sœurs vivantes, bien portantes.

N'a jamais été malade ; a toujours eu bonne santé ; pas d'affection des voies respiratoires. A eu 2 enfants, dont un mort à 3 ans de méningite tuberculeuse.

N'a pas eu de ganglions dans l'enfance ; n'en a pas actuellement. N'a jamais eu d'engelures. Pas de froid aux pieds persistant, pas d'asphyxie des extrémités.

Auscultation normale.

État cutané. — Début des lésions il y a 18 mois, par une rougeur recouverte de squames, au niveau de la face droite du nez.

Elles forment actuellement un placard discoïde, arrondi dans son ensemble, ayant à peu près les dimensions d'une pièce de 2 francs. Ces lésions affectent le type congestif, en nappe : elles sont de couleur rouge sombre, parsemées de télangiectasies, recouvertes d'un enduit squameux granité très fin, très adhérent ; les bords sont peu nets ; la rougeur se confond insensiblement avec les tissus sains environnants. Au toucher, la peau est remarquablement sèche et paraît modérément infiltrée. Indolence complète.

OBSERVATION LXV (Personnelle).

Lupus érythémateux. Forme fixe en placards du visage (résumée).

M. Mar..., 46 ans.

Antécédents et état général. — Père mort à 74 ans, d'un cancer de la langue. Mère vivante, a 75 ans. Une sœur morte à 24 ans, à la suite d'un « chaud et froid », en un an ; 8 autres frères et sœurs vivants, en bonne santé.

Le patient n'a jamais été malade ; il a toujours eu une excel-

lente santé. Il est de constitution extrêmement robuste. Aucune affection sérieuse des voies respiratoires, mais a un rhume tous les hivers.

A été marié une première fois à une femme morte tuberculeuse ; il en a eu 3 enfants ; l'un mort de tuberculose pulmonaire, l'autre de croup, le troisième de méningite tuberculeuse.

N'a jamais eu de ganglions dans l'enfance. *Actuellement, on trouve un ganglion de la grosseur d'une noisette, dans l'angle du maxillaire, à gauche.*

Pas d'engelures.

État cutané. — Début des lésions il y a 7 ans, à la région préauriculaire gauche, sous forme d'un petit bouton, écorché par le malade, et qui s'étala bientôt pour former un petit placard recouvert de squames.

On trouve aujourd'hui un placard ayant à peu près les dimensions de la paume de la main, occupant toute la partie supérieure de la joue. Toute la partie centrale est parsemée de zones atrophiques, cicatricielles, d'un blanc mat, et de zones en activité, représentées par une infiltration rouge sombre, recouvertes d'un enduit squameux extrêmement épais et adhérent. Pas de varicosités capillaires. L'ensemble du placard est déprimé par rapport aux tissus environnants ; aussi est-il limité, du côté de ceux-ci, par un bourrelet arrondi, qui est de niveau par rapport à la joue, mais fait une saillie assez prononcée du côté des lésions. Au palper, l'infiltration apparaît considérable ; les lésions sont dures, sèches, infiltrées ; il est impossible de plisser la peau à leur niveau. L'indolence est complète.

OBSERVATION LXVI (Personnelle).

Lupus érythémateux. Forme fixe, en placards, du visage (résumée).

M. Lévr..., 30 ans.

Antécédents. État général. — Aucun antécédent familial intéressant.

Santé générale toujours bonne ; aucune maladie ; n'a jamais eu d'affection aiguë des voies respiratoires. S'essouffle facilement.

L'auscultation révèle une submatité légère au niveau du sommet droit, une augmentation des vibrations, une inspiration en saccade et une expiration soufflante.

N'a jamais eu de ganglions cervicaux ; a eu des engelures dans l'enfance ; n'en a plus actuellement. Pas d'asphyxie des extrémités.

État cutané. — Début des lésions il y a 4 ans, par une petite tache rouge au niveau de la pommette droite ; tache qui s'est étendue circulairement très rapidement, puis s'est recouverte de squames blanchâtres. L'affection a progressé depuis par poussées printanières ; elle a envahi la joue droite tout entière, puis le nez, puis le joue gauche.

On trouve aujourd'hui un placard central occupant la face dorsale et les faces latérales du nez, présentant l'aspect typique du lupus érythémateux, de couleur rouge foncé, légèrement surélevé, à bords peu saillants. A la loupe, aspect plissé de la peau ; état desquamatif superficiel. Au toucher, les lésions sont absolument sèches, et l'infiltration paraît assez peu profonde.

La partie centrale des placards qui occupaient les joues s'est affaissée spontanément ; à ce niveau on constate une sorte d'affaissement des tissus ; la peau a repris à peu près sa coloration normale, mais elle a un aspect chagriné.

Correspondant au bord inférieur des placards qui occupaient anciennement les joues entières, on trouve une série d'îlots, de points, dessinant par leur ensemble une vaste courbe partant de l'oreille, suivant le rebord inférieur du maxillaire, puis remontant le long de la joue et venant se confondre au niveau du sillon naso-génien, avec le placard central occupant le nez. Ces petits placards sont irréguliers ou polycycliques, de couleur rouge foncé ; ils sont recouverts de squames épaisses, très adhérentes, presque stratifiées par endroits.

Au niveau du sourcil droit, vaste placard empiétant large-

ment sur le front, s'étendant depuis le milieu du sourcil presque jusqu'à l'oreille; il est de couleur rouge un peu plus vif que les lésions du nez et des joues, à bords surélevés, sans squames apparentes, recouvert, à la loupe, d'un enduit squameux, grisâtre, très fin.

Les lésions du côté gauche de la face sont à peu près symétriques et présentent les mêmes caractères que celles du côté droit.

Sur le front, placards disséminés, les uns arrondis, les autres polycycliques; ils sont survenus les derniers et présentent un aspect légèrement différent. Ils sont de couleur rouge foncé, sans squames apparentes, à bords légèrement surélevés, entourés d'une aréole rouge. Quelques squames fines et quelques ténacités.

Indolence complète de toutes ces lésions.

OBSERVATION LXVII (Personnelle).

Lupus érythémateux à forme fixe, en placards, du visage, et à forme aberrante, périodique, hivernale, des mains.

M^{me} Le Pr..., 34 ans.

Antécédents. État général. — Père et mère vivants, en bonne santé; deux sœurs bien portantes; on ne retrouve pas d'antécédents tuberculeux héréditaires.

La patiente n'a jamais été malade; elle n'a jamais eu d'affection des voies respiratoires. *Mais de 8 à 15 ans elle a présenté toute une série de ganglions cervicaux suppurés. Elle est actuellement couverte, dans toute la région sous-maxillaire et rétro-maxillaire, des deux côtés, de nombreuses cicatrices irrégulières.*

Actuellement encore, elle présente, à gauche, un ganglion sous-maxillaire volumineux.

État cutané. — Les lésions datent de 9 ans. On observe aujour-

d'hui un vaste placard central de lupus érythémateux occupant le nez dans son ensemble; la totalité de l'organe est déjà envahie depuis quatre ans. Les lésions y sont d'un rouge brique, absolument planes, sans tendance atrophique, avec réactions épidermiques formant par places un enduit squameux assez adhérent. A la loupe, on distingue quelques télangiectasies; à la lame de verre, on voit quelques rares macules d'un rouge jaunâtre persistant à la pression, n'ayant pas tout à fait l'aspect de lupomes, sans mollesse à la piqure. Au doigt, on a la sensation d'une infiltration très profonde. L'indolence est absolue, spontanément et à la pression.

Dans les deux replis naso-géniens, et empiétant sur les deux joues, on trouve deux placards se confondant avec le placard central qui recouvre le nez, le tout dessinant ainsi le papillon classique. Les lésions des joues ne datent que d'un an et sont beaucoup plus superficielles que celles du nez. La couleur est également rouge brique, mais on ne distingue pas de télangiectasies. On ne trouve plus de squames lamelleuses, mais un enduit granité, très fin, très adhérent à la peau, donnant au doigt une impression râpeuse. Au toucher, l'infiltration paraît superficielle; le tissu est resté souple et se laisse plisser facilement.

États des mains. — Lorsque nous vîmes la malade pour la première fois en été, ses mains ne présentaient rien de particulier à signaler. Mais lorsque nous la revîmes au début de l'hiver, nous eûmes la surprise de constater que les mains présentaient les très curieuses lésions dont voici la description : sur la face dorsale des doigts des deux côtés, on trouve des plaques de couleur rouge sombre ardent; ces plaques sont allongées dans le sens de l'axe des doigts et recouvrent presque la totalité des phalanges. Elles font une saillie assez accusée. Sous une forte pression la rougeur disparaît par places, pour se reformer aussitôt; sur certains points elle persiste. Du reste cette couleur rouge ardent diffère sensiblement de la coloration violacée de l'asphyxie des extrémités ou des engelures. Certaines des plaques sont ulcérées très superficiellement; le pourtour de l'ulcération est formé par

un mince liséré épidermique, sec, décollé, et l'ulcération elle-même est recouverte d'un enduit croûteux assez mince.

Sur la face dorsale des deux mains, on trouve des lésions n'occupant que leur moitié supérieure ; elles sont formées à ce niveau par des éléments arrondis, tantôt isolés, tantôt confluent ; leurs dimensions varient de celles d'une lentille à celles d'une pièce de cinquante centimes, avec tous les intermédiaires. Elles présentent la même coloration ardente que les lésions des doigts ; certaines sont entourées à leur périphérie d'une étroite aréole inflammatoire. Elles forment une très légère saillie à la surface de la peau. On ne note pas d'altérations épidermiques à leur niveau. On a simplement au toucher une impression de peau sèche et rugueuse. L'infiltration est très modérée ; aucun des éléments ne s'enfoncé dans l'hypoderme ; ils paraissent s'étendre surtout en surface.

Le reste des mains présente une coloration et un aspect normaux.

La malade, interrogée, déclare qu'elle présente des lésions semblables tous les hivers, qui s'atténuent au point de disparaître presque complètement l'été pour recommencer périodiquement l'hiver suivant.

Elle n'a jamais eu d'engelures aux pieds ni aux oreilles.

Dans ces conditions il était intéressant de procéder à un examen histologique. Nous avons donc fait une biopsie, qui a porté à cheval sur la peau d'aspect normal et sur un élément érythémateux des mains.

Examen histologique. — Sur la partie de la biopsie qui a intéressé la peau saine en apparence, on constate à un faible grossissement un épaissement général du corps muqueux et de la couche cornée. La couche granuleuse intermédiaire est épaisse ; le dessin des papilles est irrégulier ; en certains points elles disparaissent ; celles qui persistent sont toujours volumineuses, tuméfiées, avec des vaisseaux très apparents.

Ce qui frappe à première vue dans le derme c'est la dilatation universelle des vaisseaux sanguins, surtout marquée au niveau du réseau sous-papillaire, où l'on aperçoit d'énormes

cavités et de véritables laes sanguins. Dans la profondeur, les veines principales forment également des cavités considérables.

A un fort grossissement, le tissu conjonctif paraît un peu altéré; ses faisceaux se dissocient en faisceaux secondaires moins volumineux et plus onduleux que d'habitude. Il n'y a pas d'infiltration cellulaire abondante; cependant elle apparaît peu à peu dans le plan sous-papillaire, dans une zone qui forme transition entre la peau normale et la région macroscopiquement malade.

Les vaisseaux dilatés du plan sous-papillaire présentent une tuméfaction et une prolifération évidente de leur endothélium; autour d'eux les cellules fixes sont également proliférées; enfin, en certains points, on voit apparaître, également autour des vaisseaux, des noyaux de petit volume, très colorables, paraissant appartenir à des lymphocytes.

Dans la profondeur, et jusque dans l'hypoderme même, les vaisseaux sont remarquables par les lésions considérables de leurs parois. La plupart des veines présentent une endophlébite extrêmement prononcée; leur tunique interne est formée de fibres connectives parallèles, entre lesquelles on trouve des noyaux plats assez abondants. Des artérioles offrent de l'endartérite typique, avec un calibre considérablement rétréci.

Ces lésions se retrouvent dans les vaisseaux qui unissent le plan sous-papillaire au plan profond, et qui forment des travées longues et épaisses.

Dans la région érythémateuse, les lésions occupent surtout la partie superficielle du derme, mais sur une couche épaisse.

L'épiderme est altéré; le corps muqueux est aminci; par contre, on trouve une hyperkératose importante et universelle. En certains points l'amincissement du corps muqueux est tel qu'il semble près de s'ulcérer. Nous avons vu du reste dans la description clinique que les lésions s'ulcraient de temps en temps.

Quelques cônes interpapillaires forment des cylindres extrêmement minces et déliés, s'étendant assez profondément dans le derme. — Sur une coupe, on constate une masse épithéliale pro

fonde formée de cellules malpighiennes, contenant au centre de la substance cornée. Il s'agit sans doute d'une involution du tissu épithélial, à la suite d'une ulcération.

La partie supérieure du derme est envahie par une infiltration formée d'éléments très nombreux, régulièrement répartis, à peine plus nombreux au voisinage des vaisseaux, modérément tassés les uns contre les autres. Ces éléments ont tous ou presque tous le caractère de lymphocytes; il n'y a pas de plasmazellen. Le tissu intermédiaire est émietté, forme des fibres minces; en certains points il semble presque qu'il y ait une réticulation indiquée.

On trouve en outre des cellules ayant les caractères de cellules fixes autour des vaisseaux qui sont un peu moins dilatés que dans la région que nous avons déjà étudiée.

Dans la profondeur on trouve les mêmes lésions vasculaires que celles déjà décrites dans les couches profondes de la peau, d'aspect normal, et une infiltration lymphocytaire périvasculaire. Ces lésions existent jusque dans le tissu adipeux.

Les glandes sudoripares sont isolées les unes des autres par un tissu œdémateux; les cellules fixes paraissent proliférées dans leur intervalle. Nulle part on n'observe de mastzellen.

Ajoutons enfin que la recherche des bacilles dans les coupes et l'inoculation intrapéritonéale au cobaye n'ont donné aucun résultat.

OBSERVATION LXVIII (Personnelle).

Lupus érythémateux à forme fixe, en placard, du visage (Résumée).

M. Dela..., 30 ans.

Antécédents. État général. — Père mort de « fluxion de poitrine », mère vivante, bien portante; un frère bien portant; une sœur de santé très délicate.

N'a jamais été malade; santé générale toujours bonne; jamais de rhume, ni toux, ni hémoptysies. L'auscultation est normale.

A eu, étant enfant, des ganglions cervicaux pendant plusieurs années (jamais suppurés). N'en a jamais plus eu depuis.

Engelures chroniques.

État cutané. — Début il y a un an par de petits boutons rouges au niveau du nez, boutons ayant formé des plaques à accroissement très lent.

On trouve actuellement un placard central siégeant sur la face dorsale et sur la face latérale gauche du nez; il est légèrement surélevé, à bords irréguliers, de couleur rouge violacé assez clair. La partie centrale seule est recouverte de squames. A la loupe on distingue de fines arborisations vasculaires. Au toucher, l'infiltration apparaît extrêmement superficielle. Les lésions ne donnent pas une impression de sécheresse; elles sont assez souples et les squames sont plutôt grasses.

Petits placards disséminés, décrivant de chaque côté de la face une courbe au-dessous des yeux; ils sont de couleur rouge sombre, partiellement recouverts d'un enduit squameux très fin, sans télangiectasies apparentes, et très superficiels.

Indolence complète.

OBSERVATION LXIX (Personnelle).

Lupus érythémateux à type aberrant, du visage (Résumée).

M^{me} Dup..., 28 ans.

Antécédents. État général. — Père mort paralytique à 61 ans; mère vivante, en bonne santé; 2 sœurs mortes en bas âge de cause inconnue; un oncle maternel mort tuberculeux.

N'a jamais fait de maladie aiguë. S'enrhume de temps en temps.

A l'auscultation on trouve une diminution du murmure vésiculaire du côté droit, et à gauche une submatité nette, dans la région sous-claviculaire, et quelques craquements fins.

Deux enfants morts, un de coqueluche, l'autre mort tuberculeux à 4 ans. Deux enfants vivants bien portants.

Pas de ganglions dans l'enfance, mais beaucoup d'engelures. Actuellement acroasphyxie des mains.

État cutané. — Les lésions datent de 6 ans. On trouve aujourd'hui un placard occupant toute l'aile gauche du nez, plan, sans atrophie centrale, sans bords saillants, de couleur rouge violacé, recouvert de squames fines, adhérentes, sans télangiectasies. Infiltration superficielle. Peau rugueuse, chagrinée, indolence complète.

Sur la joue gauche, 2 petits placards gros comme un pois, apparus il y a 4 mois; l'un est de couleur rouge violet, recouvert de croûtelles, présentant des télangiectasies sur son pourtour, formant une légère saillie, plus appréciable au doigt qu'à la vue. L'autre est en train de disparaître spontanément, mais sans laisser de macule cicatricielle.

En même temps que celui-ci disparaissait, 3 nouveaux petits placards se formaient en dessus de l'œil, ayant les dimensions d'une pièce de 1 franc, présentant le même aspect que les lésions du nez.

Indolence complète.

OBSERVATION LXX (Personnelle).

Lupus érythémateux à forme fixe, discoïde, du visage (Résumée).

M^{me} Gerv..., 33 ans.

Antécédents. État personnel. — Père mort à 50 ans, à la suite d'un « chaud et froid »; mère vivante, bien portante.

Pleurésie gauche il y a 8 ans. Il y a 6 mois congestion pulmonaire, puis grippe infectieuse.

La malade paraît aujourd'hui bien portante.

Pas de ganglions dans l'enfance, ni d'engelures.

État cutané. — Début il y a 3 ans, par un bouton au-dessus du sourcil droit; extension lente.

On trouve aujourd'hui trois petits placards de lupus érythé-

mateux superficiel, à forme plane, siégeant l'un au niveau de la moitié externe du sourcil droit, l'autre devant le pavillon de l'oreille droite et le troisième sur la narine du même côté. Ces lésions sont très superficielles, absolument planes, sans bords bien nets, de couleur rouge sombre, sauf au niveau du nez où les lésions sont rouge clair, sans télangiectasies ni squames. A la loupe on trouve pourtant un enduit squameux fin. Peau sèche, râpeuse. Aucune douleur, ni spontanément ni à la pression.

OBSERVATION LXXI (Personnelle).

Lupus érythémateux à forme fixe du visage (Résumée).

M^{lle} de Mo..., 28 ans.

Antécédents. État général. — Père mort maladie de foie. Mère vivante, en bonne santé; *une sœur du père morte de tuberculose pulmonaire à 17 ans.* Deux frères et une sœur en bonne santé.

A été « très anémique » de 14 à 16 ans, au point que sa famille crut la perdre à ce moment-là. Pas d'affection des voies respiratoires. Ne tousse pas.

Pas de ganglions dans l'enfance. Froid aux pieds, douloureux, persistant.

État cutané. — Les lésions ont débuté il y a 2 ans, par une petite dartre, qui s'est étendue lentement.

On trouve actuellement une petite plaque de lupus érythémateux, ayant environ les dimensions d'une pièce de 10 centimes, occupant la moitié supérieure de la face dorsale et de la face droite du nez. Les lésions sont planes, de couleur rouge brique, à bords se confondant insensiblement avec la peau saine. Squames épaisses, sèches, adhérentes. Pas de télangiectasies. Pas d'état cicatriciel au centre. Au toucher, infiltration assez profonde; la peau se laisse plisser, mais elle est rugueuse, sèche, épaissie.

OBSERVATION LXXII (Personnelle).

Lupus érythémateux à forme fixe du visage (Résumée).

M^{lle} Rid..., 24 ans.

Antécédents. État général. — Père mort d'une cystite tuberculeuse.

Mère vivante bien portante. Un frère très bien portant.

N'a jamais fait aucune maladie.

La malade est d'une constitution assez chétive.

L'auscultation révèle un peu de submatité à gauche, une augmentation des vibrations, une expiration prolongée.

Pas de ganglions dans l'enfance. N'en a pas actuellement. Engelures chroniques. État asphyxique des mains.

État cutané. — Les lésions ont débuté il y a 3 ans par un petit bouton au centre de la joue, qui s'aplatit, forma une tache rouge et s'agrandit peu à peu par les bords.

On trouve actuellement un placard allongé, s'étendant de l'angle interne de l'œil gauche jusqu'à la commissure labiale du même côté, en suivant le repli naso-génien.

Lésions de couleur rouge sombre, planes, sans saillies des bords, mais à bords bien tranchés, sans atrophie centrale, sans réactions épidermiques importantes. On trouve au centre du placard 3 petites ulcérations superficielles, entourées de quelques rares squames. La loupe révèle la présence de rares télangiectasies.

L'infiltration des lésions est d'intensité moyenne ; aucune douleur, ni spontanément, ni à la pression.

OBSERVATION LXXIII (Personnelle).

Lupus érythémateux à forme discoïde du visage (Résumée).

M. Ve..., 29 ans.

Antécédents. État général. — Père et mère vivants, en bonne santé. 3 sœurs vivantes, bien portantes.

Le malade n'a jamais fait de maladie; il est de constitution très robuste; il mène une vie active au grand air. Jamais d'affection des voies respiratoires.

Jamais d'engelures.

État cutané. — Les lésions datent de 2 ans.

On trouve un petit placard de lupus érythémateux, ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs, siégeant au niveau de la pommette droite, de forme à peu près quadrilatère.

Lésions de couleur rouge foncé, planes. Les bords font une très légère saillie; ils sont de couleur rouge vif et représentent certainement la zone d'extension. — Enduit squameux très fin. — Pas d'infiltration du tégument. — Indolence complète.

OBSERVATION LXXIV (Personnelle).

Lupus érythémateux à forme fixe du visage (Résumée).

M^{me} Vic..., 36 ans.

Antécédents. État général. — Père et mère vivants, en bonne santé; une sœur morte de tuberculose pulmonaire. 5 frères et sœurs vivants, bien portants.

Toujours bien portante. Jamais d'affection des voies respiratoires. Jamais de rhume.

Auscultation normale.

Pas de ganglions dans l'enfance. Il s'en est produit au cours de la première poussée de lupus; *Leloir, qui soigna la malade à Lille, à cette époque, enleva un ganglion derrière chaque oreille; sur chacune de ces cicatrices se sont développés des placards de lupus érythémateux.*

Froid aux pieds persistant.

État cutané. — Début des lésions il y a 12 ans, par de petites plaques dans le cuir chevelu, puis dans le sillon naso-génien

gauche. — Les lésions du nez sont aujourd'hui guéries, mais on trouve, derrière les oreilles, deux placards siégeant au niveau des cicatrices des ganglions enlevés par Leloir.

Ces placards sont à contours irréguliers, plans, sans bords surélevés, avec altérations régressives au centre ; le pourtour est de couleur rouge violacé, recouvert de squames épaisses et adhérentes et par places de petites croûtelles fines. — Pas de dilata-tions vasculaires. — Lésions infiltrées profondément.

OBSERVATION LXXV (Personnelle).

Lupus érythémateux à forme aberrante du visage (Résumée).

M. Tas..., 29 ans.

Antécédents. État général. — Aucun antécédent familial intéressant.

N'a jamais fait de maladie. Auscultation normale.

A eu des *ganglions suppurés dans l'enfance*. N'en a pas actuellement. Engelures chroniques.

État cutané. — Les lésions ont débuté il y a 4 ans, au printemps, par une petite papule rouge, sur le front, papule qui s'est étalée pour former une petite plaque. Quelques points nouveaux apparaissent ensuite sur les paupières, les lèvres et les oreilles. Quelque temps après les lésions disparaissaient spontanément. Depuis, alternations d'amélioration et d'aggravation ; les lésions semblent disparaître pendant l'été, et reviennent régulièrement chaque hiver.

On trouve actuellement les placards de lupus érythémateux disséminés sur le nez, les replis naso-géniens, les tempes et le rebord des oreilles. Ces placards sont à contours irréguliers, absolument planes, sans aucune saillie des bords, de couleur rouge foncé, recouverts d'un enduit squameux sec et adhérent. Pas d'altérations régressives au centre, sauf sur un placard

siégeant à la tempe gauche; qui semble spontanément en train de se fragmenter en petits nodules de la grosseur d'une tête d'épingle.

Toutes ces lésions sont superficielles, presque sans infiltration de la peau.

OBSERVATION LXXVI (Personnelle).

Lupus érythémateux en placard du visage (Résumée).

M^{lle} de Sché..., 34 ans.

Antécédents. État général. — Père mort de rupture d'anévrisme. Mère bien portante. *Deux frères morts, un de la diphtérie, l'autre consécutivement à une pleurésie.*

Santé générale toujours bonne. Jamais d'affection des voies respiratoires. Auscultation normale. Engelures dans l'enfance.

État cutané. — Lésions datant de 2 ans. On trouve aujourd'hui un placard occupant la partie supérieure du nez, allongé transversalement, empiétant sur les replis naso-géniens. Contours irréguliers, coloration rouge faible, se détachant peu de la teinte du reste du visage qui est très congestionné dans son ensemble. Bords très légèrement en saillie. Pas d'altérations régressives au centre. Enduit squameux fin.

A la région malaire, petit placard ovale, légèrement déprimé, présentant les mêmes caractères.

OBSERVATION LXXVII (Personnelle).

Lupus érythémateux à forme fixe du nez (Résumée).

M. Seg..., 23 ans.

Antécédents. État général. — Père et mère vivants en bonne santé; deux frères du père sont morts tuberculeux.

N'a jamais fait aucune maladie aiguë. Paraît assez vigoureux. Tousse depuis quelque temps et crache.

A l'auscultation on trouve cependant quelques râles fins au sommet droit et des craquements dans la partie sous-jacente; matité nette.

A commencé à avoir des ganglions cervicaux à l'âge de 8 ans et depuis n'a jamais cessé d'en avoir; il en est apparu de nouveaux, d'autres ont grossi. Il y a 5 ans, ablation de plusieurs ganglions suppurés à gauche. Actuellement, on trouve encore, à gauche, dans la région sous-maxillaire, à côté de la cicatrice opératoire, un ganglion de la grosseur d'une noix; quelques ganglions très petits, durs, roulant sous le doigt, le long du sterno-cléido-mastoïdien. Derrière l'oreille gauche, ganglion ayant les dimensions d'une noisette, adhérent à la peau, qui présente de la rougeur inflammatoire. A la nuque, toujours à gauche, volumineux ganglion, ayant les dimensions d'un œuf de pigeon, dur, roulant sous la peau.

A droite, très volumineuse masse ganglionnaire, s'étendant depuis l'angle du maxillaire inférieur, jusqu'au milieu de la branche de cet os et descendant jusque sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien. Cette masse est dure, fixée.

Dans le triangle omo-hyoïdien, véritable pléiade, formée d'une dizaine de ganglions, du volume d'un pois, durs, roulant sous le doigt.

État cutané. — Lésions datant de 5 ans. On trouve aujourd'hui un placard occupant la face dorsale et les faces latérales du nez; le centre est occupé par une zone cicatricielle, large comme une pièce de un franc, le pourtour forme un bourrelet légèrement saillant sur le tissu sain environnant, arrondi, de couleur rouge vif. Entre le bourrelet périphérique et la zone cicatricielle centrale la coloration va en se dégradant, passant du rouge au jaunâtre, puis au blanc.

Toute la surface des lésions, sauf la zone atrophique, est recouverte par un enduit squameux, fin, plus accusé sur les bords. On observe en même temps une dilatation marquée des orifices pilo-sébacés et un état séborrhéique du tégument.

Infiltration profonde. Indolence complète.

Bibliographie (1).

- AUDRY. — Sur la nature tuberculeuse du lup. éryth. diss. de la face et des membres. *Annales de dermat. et de syph.*, 1894.
- Lésions histologiques tuberculeuses dans un cas de lupus érythémateux. *Annales de dermat. et de syph.*, 1897.
- Troisième observation de lupus érythémateux avec cellules géantes. *Annales de dermat. et de syph.*, 1901.
- BESNIER et DOYON. — Traduction de Kaposi, 2^e édition, 1891.
- BOECK. — Die exantheme der Tuberculose. *Archiv f. Dermat. und Syph.*, Bd XLII.
- BESNIER. — La nature et le traitement du lupus. *Annales de dermat. et de syph.*, 1880 et 1882.
- Note préliminaire sur une érythrodermie inconnue et sur les raisons qui semblent la rattacher au lup. éryth., pour servir à l'histoire générale des érythématoses tuberculeuses. *Annales de dermat. et de syph.*, 1892.
- BOECK. — Ueber die Ätiologie und Pathologie des Lupus éryth. *Brit. med. Associat. Edimbourg*, 1898.
- BROCQ. — Lupus éryth. dissém. à aspect insolite. *Annales de dermat. et de syph.*, 1893.
- BROCQ et LAUBRY. — Sur un cas de lup. éryth. à forme un peu insolite. *Annales de dermat. et de syph.*, 1900.
- BROOKE. — Lupus et tuberculose. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1895.
- BURI. — Ueber den lup. éryth. *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, Bd XIX.
- BRONSON. — An acute form of lup. éryth. *Journ. of cutan. Diseases*, décembre 1901.

(1) Cette Bibliographie ne comprend que les travaux cités dans le cours du chapitre précédent et ceux postérieurs à 1900; pour les travaux antérieurs à 1900, se reporter à la Bibliographie complète de Roth.

- CROCKER. — Lupus éryth. *Brit. Journ. of Dermat.*, novembre 1900.
— Extensive lupus éryth. *Dermat. Societ. of Lond.*,
avril 1902.
- DU CASTEL. — Un cas de lup. éryth. *Annales de dermat. et syph.*,
1902.
- DURANTE. — Anatomie pathologique du muscle, in *Traité d'anatomie pathologique* de Cornil et Ranvier, 2^e édit., t. II.
- EHRMANN. — Lup. éryth. *Wiener Dermat. Gesellschaft*, février 1900.
- FORDYCE. — The pathology of lup. eryth. *Medic. Record*, juillet 1900.
- GALLOWAY. — Lup. éryth. *Brit. Journ. of Dermat.*, janvier 1901.
- GUNSETT. — Ist der Lup. eryth. eine tuberkulid? *Münchener med. Wochenschr.*, 1903, n^o 9.
- HALLOPEAU et BOUCHOT. — Sur un cas de lup. éryth. anormal. *Société de dermat.*, mars 1902.
- JADASSHON. — Ergebnisse der allgemeinen Pathologie von Lubarsch-Ostertag, Abth. IV, 1896.
— Ueber die tuberkulösen Erkrankungen der Haut. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1899.
- JACKSON. — *Verhandl. d. New-York dermat. Society*, 1896.
- KAPOSI. — Lup. éryth. *Wiener dermat. Gesell.*, février 1900 et mai 1901.
- LESSER. — Lup. éryth. disséminé. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1900, n^o 50.
- LEREDDE. — Les tuberculides. *Semaine médicale*, janvier 1900.
— Lupus érythémato-tuberculeux; tuberculose ganglionnaire et pulmonaire. *Annales de dermat. et de syph.*, 1898.
— Adénopathie suppurée au cours d'un lupus éryth. ; présence du B. de Koch dans le pus. *Annales de dermat. et de syph.*, 1894.
- NEUMANN. — Lup. éryth. *Wiener dermat. Gesell.*, novembre 1900 et novembre 1901, et *Archiv für Dermat.*, mai 1902.
- PILLIET. — Tuberculose expérimentale et spontanée du foie. *Thèse*, Paris, 1891.

- POOR. — Zur Ätiologie des lup. éryth. *Dermat. Zeitschr.*, avril 1901.
- PAUTRIER. — Lupus éryth. du visage et angiodermites tuberculeuses des mains. *Annales de dermat. et de syph.*, 1902.
- PICK. — Die Beziehungen des Lup. éryth. zur Tuberkulose. *Archiv f. Dermat.*, 1901.
- ROTH. — Ueber die Beziehungen des Lup. éryth. zur Tuberkulose. *Archiv f. Dermat.*, 1900.
- RONA. — Lup. éryth. bei Geschwistern. *Archiv f. Dermat.*, 1901.
- SAALFELD. — Ueber Lupus follicul. dissem. und über die Beziehungen Zwischen Lup. eryth. und Lup. vulg. *Dermat. Zeitschr.*, 1901.
- SEQUEIRA et BALEAN. — Lup. eryth. from the clinical point of view *Brit. med. Journ.*, octobre 1902.
- WHITFIELD. — Lup. éryth. *Brit. Journ. of Dermat.*, mai et juillet 1900.
- WARDE. — Lup. eryth.; a study of the disease. *Brit. Journ. of Dermat.*, décembre 1902.
-

CHAPITRE VIII

LE PITYRIASIS RUBRA GRAVE DE HEBRA

Le pityriasis rubra grave de Hebra constitue une affection fort rare, dont on ne connaît guère plus d'une douzaine d'observations certaines. Faut-il croire que cette rareté est due à une interprétation défectueuse de certains cas observés ? On a longtemps confondu en effet cette dermatose avec d'autres affections desquamatives chroniques. Quoi qu'il en soit, malgré sa rareté, elle nous a paru intéressante à étudier, pour la raison suivante. L'accord est loin d'être fait, parmi les dermatologistes, sur la nature du pityriasis rubra grave de Hebra. En 1892, dans un travail extrêmement remarquable, le P^r Jadassohn attirait l'attention sur ses rapports avec la tuberculose : il n'osait cependant pas encore en faire une vraie tuberculose de la peau. Depuis cette époque, il est d'usage, pour tous les dermatologistes qui se sont occupés de la question des tuberculides, et qui en ont proposé une classification, de citer un certain nombre d'affections de la peau qui pourraient être en rapport avec la tuberculose et parmi celles-ci, d'ajouter « et peut-être le pityriasis rubra de Hebra ». C'est devenu une sorte de leit-motiv, qu'on n'a pas man-

qué de retrouver dans les comptes rendus du Congrès de 1900. En somme tout le monde se tient sur l'expectative, n'approuvant pas, ne niant pas, attendant des preuves. Or, il nous semble aujourd'hui que ces preuves ont été fournies, convaincantes, par les récents travaux de Vietowiewski et Kopitowski et de Bruusgaard. Le pityriasis rubra est non seulement en rapport avec la tuberculose, mais constitue une lésion tuberculeuse franche, puisque l'on trouve dans la peau et des cellules géantes et des bacilles de Koch. Nous le rangeons parmi nos tuberculoses atypiques à cause de son mode d'évolution spécial, qui le sépare des tuberculose scutanées anciennes.

Historique.

Décrite par Hebra, la forme de pityriasis rubra qui porte son nom fut étudiée, peut-être plus complètement encore, par Kaposi qui en donna une description très exacte et souvent reproduite. Pour le maître de l'école de Vienne, l'affection est caractérisée par ce fait qu'elle présente toujours simplement et uniquement, depuis son début et pendant toute sa durée, de la rougeur et de l'inflammation, sans jamais montrer ni papules, ni vésicules, ni pustules. La peau est d'un rouge vif, d'un rouge livide aux membres inférieurs : l'épiderme se détache en squames fines et petites. L'affection s'accompagne de prurit et de frissons : elle évolue en plusieurs années. La peau subit peu à peu un processus de rétraction, elle devient trop petite pour les surfaces à recouvrir : le malade ne peut ouvrir la bouche, fermer les yeux. Les cheveux et les poils tombent,

La nutrition générale est atteinte. Les malades finissent toujours par mourir dans le marasme.

Kaposi indique la difficulté du diagnostic : les caractères positifs du pityriasis rubra sont rares « et il est nécessaire d'établir avec soin l'état négatif, l'absence des symptômes qui caractérisent le psoriasis, le lichen ruber et l'eczéma squameux. Il faut, par conséquent, dans chaque cas, procéder par voie de comparaison et d'exclusion ».

Dans les notes critiques si remarquables, qui accompagnent leur traduction de l'ouvrage de Kaposi, MM. Besnier et Doyon se demandèrent si cette espèce dermatologique ainsi fermée était certainement naturelle : s'il n'y aurait pas des formes cliniques incomplètes, frustes, des variétés atypiques, s'il n'y aurait pas des degrés différents d'intensité, de terminaison ? Ils admettaient, avec Vidal et Brocq, qu'il y a des cas moyens et des cas bénins. « Ce n'est pas tout, ajoutaient-ils ; en admettant même que ces formes et que ces variétés cliniques ne soient pas légitimes, en fait, tel qu'il a été établi, basé sur les apparences extérieures, et non comme il le faudrait, sur la connaissance de la cause pathogénique vraie, laquelle nous échappe entièrement, le pityriasis rubra de Hebra est loin d'être la seule affection qui puisse se traduire, à un moment donné de son évolution, par de la rougeur généralisée avec exfoliation fine, prurit, hyperthermesthésie, lésions des phanères... Or, si le médecin qui observe pour la première fois un malade le trouve arrivé à cette période vraiment pityriasique, son embarras sera extrême, si la notion entière et précise des affections rouges, squameuses, ne lui est pas présente et familière. »

En conséquence, Besnier proposait de réunir toutes ces affections rouges et squameuses sous le nom d'érythrodermies exfoliantes, non pour en faire un groupe nosologique, mais à titre provisoire et pour en faciliter l'étude.

On connaît les beaux travaux de Brocq sur ces érythrodermies exfoliantes généralisées, travaux qui aboutirent à la distinction des différents syndromes suivants : érythème scarlatiniforme desquamatif ou dermatite exfoliative aiguë bénigne. — Dermatite exfoliative généralisée proprement dite ou subaiguë. — Dermatite exfoliative généralisée chronique. — Enfin le pityriasis rubra grave de Hebra, qui retrouvait son individualité, se distinguant de la dermatite exfoliative généralisée chronique par son début lent, apyrétique, le peu d'infiltration des téguments, la petitesse des squames.

En 1892 parut sur le pityriasis rubra de Hebra un travail remarquable de Jadassohn, qui a fait époque. Il reconnaît pour la première fois l'existence de la dermatite exfoliatrice généralisée de Brocq, en tant qu'entité morbide spéciale, distincte du pityriasis rubra. Il ajoute à la description clinique de cette dernière affection un fait capital : la coexistence à peu près constante avec la tuberculose, fait capital non seulement parce qu'il ajoute un trait distinctif à ceux qui séparaient des érythrodermies exfoliantes le pityriasis rubra de Hebra, mais encore parce qu'il appelle l'attention sur la nature tuberculeuse possible de cette dermatose.

De 1892 à ces deux dernières années, aucune donnée nouvelle importante n'est venue s'ajouter au travail de

Jadassohn. La théorie des tuberculides est survenue et on s'est contenté de classer le pityriasis rubra grave parmi les tuberculides possibles.

Enfin en 1901 et cette année même ont paru les travaux de Vietowieyski et Kopitowski et de Bruusgaard ; ils ont établi que la peau elle-même contenait des cellules géantes et des bacilles de Koch.

Il s'agit donc d'une vraie tuberculose. Le pityriasis rubra de Hebra est ainsi plus nettement individualisé encore, et définitivement séparé des érythrodermies exfoliantes ; ce n'est plus, comme l'écrivait le maître de la dermatologie française M. Besnier, une affection « basée sur des apparences extérieures et non comme il le faudrait, sur la connaissance de la cause pathogénique vraie, laquelle nous échappe entièrement ». Nous connaissons aujourd'hui cette cause : c'est le bacille de Koch. Le pityriasis rubra de Hebra peut prendre, comme synonyme, le terme d'érythrodermie exfoliatrice tuberculeuse.

Étiologie.

Un seul fait est à retenir au point de vue étiologique : les rapports étroits du pityriasis rubra grave avec la tuberculose.

La notion d'âge est en effet aussi vague que possible. La maladie paraît plus fréquente entre quarante et cinquante ans, mais Kaposi l'a vu d'autre part débiter à la première enfance. Quant au sexe, la plupart des observations connues ont trait à des hommes.

Avant Jadassohn, Hans Hebra avait déjà, au cours

d'une autopsie de pityriasis rubra grave, constaté l'existence de tuberculose pulmonaire, de tuberculose intestinale, et dans une autre autopsie, d'un tubercule dans le cervelet. Mais il n'avait fait aucun rapprochement entre ces constatations et la nature de la dermatose, et c'est à Jadassohn que revient l'honneur d'avoir montré la coexistence constante de la tuberculose et d'avoir entrevu le rapport de cause à effet.

Dans les trois cas personnels qu'il rapporte dans son mémoire, on trouva les lésions suivantes : dans un cas la malade était bronchitique : — dans le second on trouva une tuberculose du système lymphatique, confirmée par la réaction à la tuberculine (augmentation de la rougeur et de la desquamation après les injections de tuberculine). Dans les ganglions on trouva, en outre de cellules pigmentaires, des cellules géantes et quelques bacilles de Koch tout à fait caractéristiques. — Dans le troisième cas, on trouva une tuberculose du système lymphatique, une pleurésie, de la tuberculose pulmonaire, de la congestion splénique et hépatique, et une ulcération tuberculeuse de l'intestin grêle.

Dans le cas de Bruusgaard, nous trouvons également une tuberculose nette des ganglions lymphatiques, dans lesquels on constatait de nombreux bacilles tuberculeux, une tuberculose de la rate, du foie, et une ulcération tuberculeuse de l'iléon.

Sur neuf autopsies de pityriasis rubra connues jusqu'ici, la tuberculose a été constatée huit fois avec certitude.

Une pareille proportion est évidemment extrêmement

remarquable : elle suffirait à faire affirmer des rapports étroits entre la tuberculose et la dermatose de Hebra.

Symptomatologie.

Le mode de début de l'affection n'est pas très bien connu. Dans deux cas où Kaposi a eu l'occasion de voir les premières périodes de la maladie, elle avait eu son point de départ au niveau des plis articulaires aux aines, aux aisselles, dans le creux des jarrets. Mais d'autre part, dans le cas de Vietowieyski et Kopitowski, les premiers points atteints furent les bras et la partie supérieure du thorax, surtout au niveau de la poitrine et de l'espace interscapulaire, et dans celui de Bruusgaard ce fut la face interne des mollets. En réalité il ne paraît donc y avoir aucun point de prédilection pour le début.

Avant toute lésion visible, c'est le prurit qui peut être le point de départ du pityriasis rubra. Mais bientôt, sur les points prurigineux, on voit apparaître un érythème rouge sombre ou rouge vif, formant des taches, des plaques, souvent entourées d'un cercle plus foncé. Au niveau des membres inférieurs, la teinte est plutôt rouge bleuâtre, livide. La peau des parties malades est un peu plus chaude que la peau saine, environnante : elle se met à desquamer en minces écailles, en squames fines, petites, ou en minces lamelles.

Bientôt les lésions commencent à s'étendre chaque jour davantage, envahissant une surface de la peau progressivement croissante. Au bout d'un temps plus ou moins long, qui varie de quelques mois à un ou deux ans,

toute la surface du corps est prise. La surface entière du tégument est alors d'un rouge vif, couverte d'un enduit squameux, pityriasique, chaude et sèche au toucher. On ne trouve nulle part traces de pustule, de vésicule, de suintement, ou d'une humidité quelconque de la peau. La teinte, rouge vif à la chaleur, devient cyanotique par l'action du froid et jaune sale par la compression. Quant aux squames, d'après Brocq, elles ne présentent pas les caractères nets de celles des dermatites exfoliatives généralisées. Au lieu d'être larges, lamelleuses, imbriquées, extrêmement abondantes, elles sont minces, fines, farineuses. Cependant Jadassohn a signalé, dans certains cas, la présence de squames abondantes et lamelleuses pouvant former des amas épais. Vietowieyski et Kopitowski signalent également dans leur observation que, les jours intermédiaires entre les bains, la desquamation était si abondante qu'on trouvait le matin, dans le lit, des masses entières d'épiderme exfolié en gros lambeaux. Sous ces exfoliations, la peau apparaît très rouge, tapissée d'une couche épidermique très délicate.

A cette période, la peau est encore souple et se laisse plisser facilement ; le tégument a conservé son élasticité. Il peut cependant être légèrement infiltré, surtout au niveau des membres inférieurs. Mais bientôt commence un processus de rétraction manifeste de la peau qui paraît, en quelque sorte, trop étroite pour le corps. La tension cutanée devient telle que, au niveau des surfaces d'extension, coudes, genoux, la peau est amincie, lisse, brillante ; les paupières inférieures se mettent en ectropion, la bouche ne peut plus être ouverte complètement, les doigts

sont en demi-flexion : des fissures se produisent en certains points, comme derrière les oreilles, au niveau des creux poplités, des coudes : la marche devient à peu près impossible : les malades ne peuvent plus se tenir droits, ils sont voûtés, se replient sur eux-mêmes. En même temps commencent des altérations des phanères : tout le système pileux va disparaître peu à peu ; les cheveux et les poils deviennent grêles, s'atrophient, tombent ; le malade perd, petit à petit, cheveux, moustache, barbe, poils des aisselles, du pubis, des membres ; les ongles deviennent fragiles, friables, cassants, décollés. — La peau reste toujours sèche et chaude ; la transpiration fait défaut, même là où elle est habituellement fort abondante, comme dessous les aisselles ou au scrotum.

Le système lymphatique réagit à son tour : on peut voir apparaître des ganglions disséminés. On en trouvait dans les cas de Jadassohn. Victowyeiski et Kopitowski ont trouvé une adénopathie généralisée, des aines, des aisselles, du cou, de l'occiput, des régions sus-claviculaires et épitrochléennes. La majeure partie de ces ganglions avaient les dimensions d'un œuf de pigeon.

L'état général s'altère peu à peu ; les malades maigrissent, perdent leurs forces, tombent dans le marasme et meurent, la plupart du temps, à la suite d'une complication d'origine tuberculeuse : tuberculose pulmonaire ou intestinale, ou encore broncho-pneumonie.

Les phénomènes subjectifs varient suivant la période de la maladie : au début ils sont simplement représentés par des frissons ; plus tard, à mesure que s'accuse la rétraction de la peau, les malades ont l'impression que

leur peau est devenue trop étroite : ils ont la sensation de brodequins, de corset qui les serrent ; les frissons persistent ; les patients souffrent en même temps d'une sensation de froid persistant.

Évolution.

L'évolution du pityriasis de Hebra est assez lente ; elle se fait en plusieurs mois ou en plusieurs années. L'érythrodermie simple de la peau peut persister pendant longtemps, avant que ne commence la rétraction du tégument : il peut exister des périodes de rémission, qui se prolongent plus ou moins.

Nous avons dit que la mort était la terminaison inévitable de l'affection ; on la trouve en effet dans la presque totalité des observations à diagnostic certain. Cependant Brocq a contesté cette évolution fatale. Il considère comme à peu près certaine l'existence de formes bénignes, à la fois par une durée plus courte et une intensité moindre, formes qui en somme ne dépasseraient jamais la première phase du pityriasis rubra grave.

Kaposi, qui considère l'affection comme mortelle, croit cependant avoir guéri un malade et rapporte qu'un de ses collègues, au courant de la question, lui a verbalement assuré qu'il avait eu lui-même un pityriasis rubra et qu'il en était guéri.

Jadassohn, dans son travail, déclare qu'il n'admet pas les formes bénignes de Brocq : mais il tend pourtant à admettre que le pityriasis rubra peut guérir. Comme le fait remarquer Brocq, il n'y aurait donc entre leurs deux

opinions qu'une querelle de mots. Enfin, Doutrelepont a décrit, en 1900, deux cas observés chez une femme de 17 ans et chez une femme de 40 ans, qui se seraient terminés par la guérison. Tous ces faits tendent donc à confirmer l'opinion de Brocq, quant à l'existence de formes curables. Mais il va plus loin et croit pouvoir distinguer des formes de pityriasis rubra subaigu bénin : « cette forme serait caractérisée par une éruption prurigineuse généralisée, rouge, desquamant en fines lamelles pityriasiques, par une légère élévation de température à la période d'invasion et d'état, par l'intégrité des phanères et par une terminaison par guérison complète au bout de six à sept mois. Ce seraient des éruptions intermédiaires comme type au pityriasis rubra type et à la dermatite exfoliative généralisée subaiguë. »

Aujourd'hui que nous connaissons la nature franchement tuberculeuse du pityriasis rubra vrai, nous pouvons nous demander s'il n'y aurait pas lieu d'introduire une division plus sévère entre ces différentes formes et si les différents types bénins indiqués par M. Brocq se rapportent véritablement à l'affection tuberculeuse que nous désignons sous le nom de pityriasis rubra grave de Hebra. On ne pourra désormais admettre l'existence de formes curables de cette affection que lorsque, dans des cas guéris, l'examen histologique aura prouvé, au cours de l'érythrodermie, la présence de lésions tuberculeuses dans la peau.

Diagnostic.

Le pityriasis rubra grave de Hebra devra tout d'abord

être distingué des états cutanés que Besnier a groupés sous le nom d'érythrodermies exfoliantes secondaires et qui comprennent les dermatites rouges et squameuses généralisées, qui peuvent survenir au cours des grands psoriasis rouges, du pityriasis rubra pilaire, de l'eczéma, du lichen, du pemphigus.

Dans ces cas, l'interrogatoire, les antécédents, l'existence antérieure de lésions cutanées de nature différente, éviteront toute confusion.

Mais le diagnostic pourra être beaucoup plus délicat à faire entre le pityriasis rubra grave d'une part et les érythrodermies mycosiques ou la dermatite exfoliatrice généralisée d'autre part.

L'aspect extérieur est en effet assez sensiblement le même ; l'érythrodermie mycosique est elle aussi généralisée, chronique, s'accompagnant de prurit et de la formation d'adénopathies. Cependant certains caractères permettent la différenciation : dans le mycosis fongoïde, l'infiltration du derme est considérable, à peu près constante et généralisée ; le prurit est beaucoup plus intense ; la desquamation est peu prononcée ou n'existe même pas ; enfin la rétraction des téguments fait défaut : le malade n'éprouve pas ces sensations de constriction et de froid, caractéristiques du pityriasis rubra.

Dans la dermatite exfoliative généralisée de Brocq, le début est en général beaucoup plus rapide : en 8 à 10 jours, le corps entier peut être envahi. La fièvre est constante à la période d'état ; il est probable qu'elle s'établit dès le début : elle est assez forte lorsque la généralisation de l'éruption est terminée ; les téguments sont infiltrés

plus profondément : la desquamation est beaucoup plus abondante et se fait par lamelles importantes sur tout le corps, alors que dans le pityriasis rubra les squames épaisses ne s'observent guère qu'aux mains et aux pieds.

On n'oubliera pas de rechercher avec soin les signes d'une complication tuberculeuse quelconque, qui est à peu près la règle dans la dermatose de Hebra. Enfin, maintenant que nous connaissons la nature tuberculeuse de celle-ci, on aura recours à la biopsie, pratiquée sur deux ou trois points différents du corps, pour examiner si l'on ne trouve pas la présence de cellules géantes dans la peau.

Anatomie pathologique.

Pour Hebra et Kaposi, l'affection consistait surtout, au point de vue histologique, en une atrophie considérable de la peau, avec disparition du réseau muqueux et des papilles, sclérose du tissu conjonctif, dépôt abondant de pigment dans le chorion, destruction des glandes sudoripares et sébacées et des follicules pileux.

Tommasoli, examinant en 1889 un cas de pityriasis rubra provenant du service de Unna à Hambourg, constata les lésions suivantes : la couche cornée était hypertrophiée, homogène dans sa partie supérieure et renfermant des cellules à noyaux aplatis dans l'inférieure. La granuleuse était absente ou peu accusée. Le corps muqueux était, par places, infiltré de leucocytes. La couche des papilles était en partie atrophiée : à la partie supérieure du derme on trouvait une infiltration embryonnaire, sur une couche parallèle à la surface cutanée et surtout aux endroits où les

papilles persistaient. Les vaisseaux étaient dilatés dans cette région. Dans la partie inférieure du derme, les lésions consistaient en un épaissement de la membrane interne des vaisseaux.

De semblables lésions vasculaires avaient déjà été constatées par Elsenberg, qui avait vu les vaisseaux entourés par des manchons de cellules embryonnaires et elles furent observées de nouveau par Petrini et Babes.

Jadassohn constata une infiltration modérée de cellules rondes, se présentant souvent en petits foyers, auprès des vaisseaux ; une multiplication des noyaux des cellules fixes du tissu conjonctif, qui commence à la limite de l'épiderme et suit une marche descendante ; une grande abondance de mastzellen, principalement dans le corps papillaire et autour des glandes sudoripares ; de gros amas de pigment jaune et brun, situés plus profondément dans le derme ; enfin des lésions épidermiques marquées. Rappelons qu'au cours de ces examens, Jadassohn trouva, dans les ganglions, des cellules géantes et des bacilles de Koch caractéristiques.

Dans une note complémentaire, Jadassohn rapporte qu'ayant reçu du P^r Finger un fragment de peau provenant d'un cas de pityriasis rubra, il put y trouver, dans les couches profondes du derme, et même dans l'hypoderme, des cellules géantes à contenu nécrosé et à noyaux périphériques.

Dans les deux cas de Doutrelepont, qui sont accompagnés d'examen histologique, nous ne trouvons aucune lésion tuberculeuse : mais on peut se demander si la biopsie a été faite assez profondément et d'autre part nous

savons que, les deux cas ayant complètement guéri, le diagnostic peut être tenu pour douteux.

Enfin, dans les deux observations publiées dans ces deux dernières années, nous savons que des lésions tuberculeuses franches ont été trouvées. Dans le cas de Bruusgaard, on constatait un processus inflammatoire nettement localisé dans les couches papillaires et subpapillaires de la peau, des foyers d'infiltration autour des vaisseaux et sur certains points des tubercules typiques bien nettement délimités, avec cellules géantes contenant des bacilles de Koch et cellules épithélioïdes.

Dans le cas de Vietowieyski et Kopitowski, on constatait une disparition presque complète de la couche cornée, une couche granuleuse peu prononcée, un corps muqueux épaissi d'une façon marquée et infiltré de lymphocytes. Les papilles présentaient un état d'inflammation intense : les foyers phlegmasiques y étaient extrêmement considérables ; les vaisseaux étaient dilatés et présentaient un endothélium épaissi. Les foyers inflammatoires des papilles étaient formés de leucocytes, de grosses cellules épithélioïdes et de cellules pigmentaires.

Dans le derme profond, les foyers phlegmasiques avoisinaient les vaisseaux et plus rarement les glandes sudoripares. En outre des cellules pigmentaires, des lymphocytes et des cellules épithélioïdes, ils contenaient encore des cellules géantes, soit ovoïdes, soit arrondies, avec une couronne de noyaux à la périphérie. Toutes les préparations présentaient des cellules géantes, les unes une ou deux seulement, certaines jusqu'à quinze, groupées, unies les unes aux autres. La recherche des bacilles de Koch resta négative.

Ajoutons à tous ces résultats histologiques le fait suivant : dans un cas de pityriasis rubra grave, dans lequel Jadassohn supposait la coexistence d'une tuberculose ganglionnaire, il pratiqua une injection de tuberculine. Or, sous l'influence de cette injection, toutes les lésions cutanées réagirent d'une façon évidente.

Si nous nous résumons, nous voyons donc que l'on a constaté dans le pityriasis rubra de Hebra : la coexistence à peu près constante d'une tuberculose viscérale ; la mort fréquente par tuberculose pulmonaire ; la présence de lésions tuberculeuses à l'autopsie dans huit cas sur neuf, la présence de cellules géantes dans les lésions cutanées, dans plusieurs observations, la réaction à la tuberculine, enfin des bacilles de Koch au centre des cellules géantes. L'ensemble de ces constatations permet d'affirmer d'une façon certaine que le pityriasis rubra grave, du moins dans sa forme décrite par Hebra, à pronostic à peu près fatal, est une tuberculose de la peau. La rareté de la constatation des bacilles, le mode d'évolution spécial de l'affection, qui diffère notablement des tuberculoses classiques, nous autorisent à faire rentrer le pityriasis rubra grave dans nos tuberculoses cutanées atypiques, dont elles représentent la forme en nappe, généralisée.

OBSERVATION LXXVIII (VIETOWIEYSKI et KOPYTOWSKI).

Contribution à la clinique et aux lésions anatomo-pathologiques de la peau dans le pytiriasis rubra de Hebra (Journal des maladies cutanées et syphilitiques, 1901). (Résumée.)

Malade âgé de 65 ans, forestier, ayant toujours eu une bonne

santé. Ses fonctions de forestier l'exposaient, ces temps derniers, à de fréquents refroidissements.

La maladie actuelle date de 2 ans ; elle débuta par une pénible démangeaison, intéressant d'abord les bras et la partie supérieure du thorax. Les points de démangeaison se recouvrirent de taches rouges de différente grandeur, entourées d'un cercle plus foncé, et l'épiderme à leur niveau commença à desquamer en minces écailles.

Au début de la maladie, ces phénomènes ne s'observaient qu'en des points limités, ensuite les lésions s'étendaient toujours davantage en envahissant une surface de la peau progressivement croissante. Outre des démangeaisons fort désagréables, le sujet éprouvait une sensation de froid.

Il fut d'abord reçu à l'hôpital pour eczéma généralisé. Après un traitement sans résultat le malade retourna chez lui, et fut traité pour la gale. Il commença à perdre ses cheveux et sa barbe, puis le poil des organes génitaux et du périnée, des aisselles, des moustaches ; les forces baissèrent, l'état général devint plus mauvais.

La marche devint gênée ; le malade se tenait courbé et avait l'impression que la peau lui manquait, ou parfois il se croyait serré dans un corset ; les démangeaisons et la sensation de froid étaient fort pénibles. Il rentra alors de nouveau à l'hôpital.

La peau offre dans toute son étendue une rougeur diffuse et elle est tapissée d'une masse d'écailles petites et minces. La teinte, rouge vif à la chaleur, devient cyanosée par l'action du froid, et jaune sale par la compression digitale. Sur les extrémités inférieures, la peau semble tuméfiée et fortement tendue ; sur le thorax elle est libre et se laisse plisser facilement. La rougeur n'est pas homogène dans toutes les régions : ainsi aux membres inférieurs elle vire au violacé. Le corps desquame énergiquement ; la consistance des écailles est variable ; généralement minces et petites, pareilles à du son, elles offrent l'apparence d'épais lambeaux épidermiques dans les régions où la peau est normalement plus épaisse, comme aux mains et aux pieds. En

dessous de ces exfoliations, la peau est très rouge, tapissée d'une couche épidermique délicate.

La peau est partout fort sèche et donne la sensation d'une surface rude. La peau du visage est assez lisse et luisante. En certains points : derrière les oreilles, dans le creux poplitée, sur le coude, on aperçoit des fissures cutanées. La transpiration est faible, même là où elle est habituellement abondante, comme aux creux des aisselles, dans les aines. Les ongles des doigts et des orteils sont épaissis et les doigts un peu contracturés, le mouvement d'extension n'étant pas possible. Le sujet se tient courbé ; il sent toujours que la peau lui manque. Toutes les régions poilues se trouvent dénudées, tandis qu'avant la maladie, le revêtement capillaire était particulièrement abondant.

Les ganglions lymphatiques sont excessivement augmentés de volume ; ceux de l'aine, de l'aisselle, du cou, de l'occiput, atteignent les dimensions d'un œuf de pigeon.

On note l'abaissement des limites du poumon en avant et en arrière ; les lobes inférieurs donnent une sonorité exagérée à la percussion avec respiration affaiblie et des craquements secs à l'auscultation.

Le malade fut traité par des pilules d'acide phénique (jusqu'à 0^{gr},30 par jour), et des lotions ichtyolées et à l'huile de ricin.

Malgré des bains fréquents la desquamation était si abondante que, les jours intermédiaires entre les bains, on trouvait le matin dans le lit des masses entières d'épiderme exfolié en gros lambeaux. Le sujet diminuait énormément de poids et se sentait bien plus mal.

On essaya ensuite le gâaccol phéniqué qu'on dut arrêter à cause d'une diarrhée tenace.

Le malade fut emporté brusquement à la suite d'une pneumonie fibrineuse.

OBSERVATION LXXIX BRUSGAARD (Résumée).

Contribution à la connaissance des tuberculoses de la peau. Cas d'éry-

throdermie exfoliative universelle, tuberculeuse (*Meddelelser fra Rigshospitalets hudsygeafdeling et Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1903).

Femme de 63 ans chez laquelle il se produisit une inflammation de la peau qui, après être restée d'abord localisée à la face interne des deux mollets, est arrivée, au bout de quelques mois, à occuper la majeure partie de la surface de la peau. L'inflammation est accompagnée de rougeur et d'infiltration, avec desquamation lamelleuse par squames parfois assez grandes; l'éruption est sèche et conserve ce caractère pendant toute la durée de la maladie.

A son entrée à l'hôpital, on observe une forte intumescence pâteuse et insensible de toutes les glandes accessibles à la palpation. Les cheveux et les ongles participent depuis longtemps déjà au processus morbide et ne tardent pas à tomber.

L'état général devient bientôt défectueux et témoigne d'un mal grave. Après l'entrée à l'hôpital, la dermatite universelle augmente d'intensité et a une tendance marquée à procéder par poussées successives, suivies d'une augmentation de la desquamation. Les paroxysmes aigus de l'inflammation ne sont pas universels, mais on trouve entre de vastes régions fortement rouges et turgescents d'autres régions plus ou moins grandes, pâles et moins infiltrées. Les poussées sont à plusieurs reprises accompagnées de forte fièvre, d'oppression et de dérangeaisons intolérables.

Ces poussées se reproduisent plusieurs fois; mais en même temps que l'état général s'aggrave, elles diminuent de plus en plus, tant comme force que comme fréquence, et finissent par ne plus sévir qu'assez rarement et d'une manière excessivement faible. A partir de ce moment, la maladie est caractérisée par une cachexie qui va toujours en augmentant, par une pigmentation affectant tout spécialement les follicules et une intumescence volumineuse des glandes.

La malade mourut après cinq mois de séjour à l'hôpital.

Autopsie: Toutes les glandes lymphatiques sont tuméfiées, avec des foyers de dégénérescence plus ou moins étendus. Dans ces foyers on constate la présence de nombreux bacilles tuberculeux; on trouve en outre des tubercules isolés dans la rate, et dans le foie, et une ulcération tuberculeuse de l'iléon.

Dans la peau, on trouve dans des coupes faites sur différents points des tubercules typiques avec cellules géantes et bacilles, ainsi que des foyers circonscrits bien nettement délimités avec cellules épithélioïdes. Le processus inflammatoire était nettement localisé dans les couches papillaires et subpapillaires de la peau.

Bibliographie.

- ALIBERT. — Monographie des dermatoses, 1832. Cas d'herpès furfureux volatil.
- BAZIN. — Leçons sur les affections cutanées arthritiques et dartreuses. Paris, 1868.
- BABES et PETRINI, de Galatz. — Sur un cas de pityriasis rubra (type Hebra). *Journal de l'anat. et de la physiol.*, 1890.
- BESNIER et DOYON. — Traduction du Traité des maladies de la peau de Kaposi.
- BROCC. — Étude critique et clinique sur la pityriasis rubra. *Archives générales de méd.*, mai, juin, juillet 1884.
- Les érythrodermies exfoliantes généralisées primitives, in *Pratique dermatologique*, t. II. Masson, 1901.
- BRUSGAARD. — Contribution à la connaissance des tuberculoses de la peau. Cas d'érythrodermie exfoliative universelle, tuberculeuse. *Archiv für Dermat. und Syph.*, novembre 1903.
- C. CAHN. — Ueber Pityriasis rubra universalis. *Dissertat.* Würzburg, 1884.
- CHEINISSE. — Un cas de pityriasis rubra. *Montpellier médical*, février 1894.
- DOUTRELEPONT. — Beitrag zur pityriasis rubra (Hebra). *Archiv für Dermat. und Syph.*, 1900, LI Bd.

- ELSENBERG. — Pityriasis rubra universalis. *Vierteljahr. für Dermat. und Syph.*, 1887.
- HEBRA. — *Vierteljahr. für Dermat. und Syph.*, 1876.
- JADASSOHN. — Ueber die pityriasis rubra (Hebra) und ihre Beziehungen zur Tuberculose. *Archiv für Dermat. und Syph.*, 1891 et 1892.
- JOURDANET. — Un cas de pityriasis rubra grave de Hebra. *Annales de dermat. et de syph.*, octobre 1900.
- KOPITOWSKI et VIETOWIEYSKI. — Contribution à la clinique et aux lésions anatomo-pathologiques de la peau dans le pityriasis rubra de Hebra. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1901.
- RIENECKER. — Ueber pityriasis rubra. *Verh. der vürzburger physical. med. Gesellschaft*, 1883.
- SMITH. — *Guy's Hospital Reports*, 1880-1881.
- TOMMASOLI. — Beitrag zur histologie der pityriasis rubra. *Monatshefte für prakt. Dermat.*, 1889.
- Comptes rendus du IV^e Congrès international de dermatologie*. Paris, 1900.
- HALLOPEAU et LEREDDE. — *Traité de dermatologie*.
-

CHAPITRE IX

L'ANGIOKÉRATOME DE MIBELLI

Nous abordons avec l'angiokératome l'étude d'une dermatose des plus curieuses, évoluant souvent d'une façon périodique, apparaissant en hiver pour disparaître en été, et fort diversement interprétée. La plupart des auteurs qui voulurent expliquer son étiologie ont émis des théories anatomiques, fondées à peu près toutes sur l'hypothèse de malformations vasculaires. Leredde, le premier, proposa de rattacher l'affection aux tuberculides : nous avons défendu plus tard avec lui la théorie tuberculeuse de l'angiokératome et nous allons essayer de prouver que seule celle-ci ne se borne pas à constater des faits anatomiques, mais constitue une théorie pathogénique et par conséquent une explication. Nous discuterons le seul argument valable au nom duquel on a voulu s'opposer à l'entrée de l'angiokératome parmi les tuberculides : le fait que cette affection se rencontre chez plusieurs membres d'une même famille, argument soulevé par M. Hallopeau, et nous essaierons de démontrer que loin d'infirmer la théorie tuberculeuse, ce fait pose un problème de pathologie générale de la plus haute importance et de l'intérêt le plus

général: l'existence possible de tuberculoses cutanées familiales.

Historique.

Si l'angiokératome est de date récente, comme type clinique, il avait cependant été déjà entrevu par Bazin, qui sous le nom de « Nævus a pernionie » avait décrit une affection cutanée caractérisée par des taches vasculaires, ne disparaissant pas à la pression, de dimensions variées, indolentes, siégeant principalement sur les parties découvertes, et consécutives à des engelures. On voit que l'ensemble de la description correspond assez bien à l'angiokératome, mais Bazin se bornait à cette description clinique, et n'y joignait ni description anatomo-pathologique, ni considérations étiologiques.

Sa description attira sans doute peu l'attention, puisque ce n'est qu'en 1886, qu'on trouve dans la littérature médicale une nouvelle description de l'affection qu'il avait signalée ; encore est-elle cette fois baptisée d'un nom nouveau. Secheyron publia, en effet, sous le nom de « Papillome nævi verruqueux » l'observation de lésions identiques à celles de l'angiokératome. Nous trouvons ici, pour la première fois, un essai de théorie anatomique : Secheyron classe l'affection qu'il décrit parmi les papillomes.

Trois ans plus tard, Dubreuilh publie une observation de lésions semblables et émet également, par le

titre même qu'il donne à son observation, une théorie anatomique : il fait de ces lésions des « verrues téléangiectasiques » et considère comme fait primordial les altérations de la couche cornée.

La même année Colcott Fox apporte une observation du même ordre, qu'il décrit sous le nom de « lymphangiectasies verruqueuses » ; lui aussi fait des phénomènes de kératinisation le symptôme essentiel de l'affection : il admet la dilatation des vaisseaux lymphatiques, plutôt que celle des vaisseaux sanguins.

La même année encore voit enfin apparaître le premier mémoire de Mibelli ; pour la première fois la description clinique est accompagnée d'examens histologiques pratiqués d'une façon systématique. L'auteur décrit minutieusement l'anatomie pathologique des lésions qui devaient depuis porter son nom et qu'il propose d'appeler « angio-kératome ».

Il établit que les lésions vasculaires sont primitives et que les altérations de la couche cornée sont accessoires et secondaires. Mais aucune donnée étiologique n'accompagne cette description minutieuse et complète des lésions anatomiques.

Pringle vient bientôt confirmer la description histologique de Mibelli. Avec ce dernier, il considère les altérations vasculaires comme le phénomène primordial, et à côté de la dilatation des vaisseaux sanguins préexistants, il admet la néoformation de vaisseaux, se dilatant à leur tour postérieurement.

Il faut encore citer quelques observations isolées de Joseph, d'Audry et Deidier, de Thibierge, les communi-

cations de Dubreuilh, d'Audry, au Congrès de Dermatologie de 1893 (Paris) : mais là encore la constitution des lésions est seule étudiée et aucune théorie étiologique n'est émise.

Enfin paraît un travail très complet sur l'angiokératome, la thèse d'Escande, qui représente l'état de la question en 1893. L'auteur y fait un historique des travaux publiés jusqu'alors, transcrit ou résume toutes les observations connues, au nombre de 21, dues à Secheyron Dubreuilh, C. Fox, Mibelli, Pringle, Bertarelli, Barduzzi, Audry et Deidier, Brocq, Joseph, Thibierge, Audry et y ajoute quatre observations personnelles. Il rassemble également les examens histologiques pratiqués, puis, arrivant au chapitre « Pathogénie », il édifie une nouvelle théorie anatomique : la faiblesse congénitale des capillaires sanguins.

Depuis la thèse d'Escande, diverses observations isolées d'angiokératome ou des mémoires sur la question ont été publiés. Citons en particulier les cas de Joseph, de Tommasoli, de Gebert, de Fordyce, d'Isaac, de Leredde et Milian, le malade présenté par Du Castel à la séance de la Société française de Dermatologie du 9 février 1899, sous le titre de « Dermatite hémorragique des saillies articulaires des doigts » l'observation de Leredde et Haury, l'article de Dubreuilh, dans la *Pratique dermatologique*, les discussions du Congrès de Dermatologie de Paris 1900, enfin le cas de Leredde et Pautrier et un travail tout récent de Truffi.

Jusqu'au mémoire de Leredde et Milian l'angiokératome paraît considéré comme une rareté dermatologique ;

on émet à son sujet des théories anatomiques, mais sa pathogénie est laissée de côté; on se borne à constater qu'il se produit presque uniquement chez de jeunes sujets; on note son siège habituel sur les mains ou les pieds, parfois sur d'autres points du corps; on le décrit minutieusement; on pratique des examens histologiques qui permettent de constater les dilatations vasculaires énormes de la couche superficielle du derme; tous les auteurs sont d'accord pour constater la coexistence constante de l'angiokératome et des engelures persistantes et sa coexistence fréquente avec l'acro-asphyxie; on le considère en général comme une affection purement locale, de cause inexplicable. On évoque comme étiologie une idiosyncrasie (Pringle), l'influence des engelures, de l'asphyxie locale, des troubles locaux de circulation, une prédisposition héréditaire aux dilatations vasculaires, l'influence du lymphatisme ou de l'arthritisme.

Pour la première fois, dans le mémoire de Leredde et Milian est soulevée l'hypothèse de l'origine tuberculeuse de l'angiokératome. L'examen histologique pratiqué dans le cas qui avait donné lieu à ce mémoire avait convaincu les auteurs que l'angiokératome présente les lésions essentielles des tuberculides, au même titre que le lupus érythémateux lui-même. Cette théorie tuberculeuse fut reprise et confirmée dans l'observation de Leredde et Haury.

Elle a été combattue au dernier Congrès de Dermatologie par Hallopeau, qui, s'appuyant sur la coexistence fréquente de l'angiokératome chez plusieurs membres d'une même famille dénia à cette affection tout droit d'être clas-

sée parmi les manifestations cutanées de la tuberculose. Darier, dans son rapport, se maintint sur un terrain d'expectative, se bornant à déclarer la question à l'étude.

Quant à Dubreuilh, dont l'article est le plus récent sur la question, il nie la réalité de l'angiokératome en dehors des mains et ne s'occupe pas des faits de tuberculose de la thèse d'Escande.

On se trouve donc en face de deux théories : d'une part le groupe des théories anatomiques et d'autre part la théorie tuberculeuse. Nous les étudierons séparément toutes deux, mais nous allons auparavant dire quelques mots de la symptomatologie de l'affection.

Symptomatologie.

L'angiokératome est une maladie de tous les âges, plus fréquente cependant dans la jeunesse et l'adolescence. On l'observe indifféremment dans les deux sexes.

L'affection siège dans la plupart des cas aux extrémités, et beaucoup plus souvent encore aux mains qu'aux pieds. Aux mains elle affecte de préférence la face dorsale et la face latérale des doigts, notamment au niveau des articulations des phalanges. On peut également l'observer à la face palmaire des phalanges et de la main, mais l'affection est toujours beaucoup plus discrète dans ces régions. Au niveau des pieds ce sont également les orteils qui sont le plus souvent atteints. Si les mains et les pieds constituent le siège de prédilection, il faut

cependant savoir que l'angiokératome peut se montrer sur d'autres parties du corps. Nous connaissons le cas de Pringle où l'angiokératome siégeait sur le lobule de l'oreille, le cas de Thibierge où il existait sur le nez, le cas de Fordyce où il siégeait au scrotum (diagnostic clinique et histologique qui ne laisse aucun doute), le cas de Fabry où il était disséminé, le cas de Leredde et Milian (pieds et jambes) et de Leredde et Haury (pieds, jambes, cuisses, scrotum) où le diagnostic histologique a également été fait. Pour Dubreuilh toutes les observations que nous venons d'énumérer constituent des faits disparates, qui ne peuvent rentrer dans le cadre de l'angiokératome. Pour lui, l'angiokératome est défini non seulement par son aspect clinique et son anatomie pathologique mais encore par l'évolution et l'étiologie, c'est-à-dire par la persistance des lésions, le jeune âge du sujet atteint, et par le siège aux mains et aux pieds. Les cas que nous venons de rapporter constituent pour lui des formes d'angiomes multiples kératosiques. Il nous paraît cependant difficile de séparer de l'angiokératome des cas qui présentent absolument le même aspect clinique que cette affection, qui ont avec celle-ci une identité absolue dans les lésions histologiques, uniquement parce que les lésions siègent autre part qu'aux extrémités et frappent des adultes.

La lésion élémentaire de l'angiokératome se présente sous forme d'une tache rouge pourpre, arrondie, ayant des dimensions variant de celles d'un grain de millet à celles d'une lentille ; à un examen plus attentif, on distingue que cette tache est formée d'un semis de petits points rouges, qui ne disparaissent pas, et persistent au contraire.

très colorés, sous la pression d'une lame de verre. Chacun de ces petits points correspond à une dilatation vasculaire sous-épidermique, qui donne lieu, si on les pique avec une aiguille, à une véritable petite hémorragie, tout à fait en disproportion avec les dimensions minuscules de la lésion.

Cette lésion élémentaire peut se compliquer d'une réaction épidermique hyperkératosique. La lésion devient alors saillante, verruqueuse ; elle conserve néanmoins toujours sa coloration violacée, les arborisations vasculaires s'apercevant encore par transparence à travers l'amas de couche cornée. On peut également trouver dans celle-ci des petits amas de sang desséché et porphyrisé, reliquat de dilatations vasculaires englobées dans la kératinisation des tissus, et émergeant de la profondeur à la surface des lésions.

Tous les stades peuvent s'observer entre les lésions simplement vasculaires et planes et les lésions franchement verruqueuses : on trouve parfois des foyers sans saillie appréciable où la réaction épidermique est à peine marquée. La réaction de la couche cornée n'est donc qu'un phénomène surajouté ; elle ne constitue pas un élément nécessaire de l'angiokératome. L'angiome est constant ; le kératome ne l'est pas.

L'angiokératome coïncide souvent avec l'asphyxie des extrémités et avec des engelures. D'après Dubreuilh, on a pu constater que ce sont les doigts ou les parties des mains qui sont le plus atteints par les engelures, qui présentent aussi le plus d'angiokératomes. Il pourrait même arriver que si tel doigt est respecté par les engelures, il

soit respecté également par les angiokératomes, alors que les autres en seraient couverts.

Ces lésions d'angiokératome sont irrégulièrement disséminées, confluant parfois pour former de petits groupes. Elles évoluent d'une manière torpide, subissant souvent une poussée pendant l'hiver, disparaissant en partie au printemps.

Dans les cas, les plus fréquents, où elles débutent dans la jeunesse, elles restent stationnaires ou s'accroissent même jusqu'à l'âge adulte. Elles peuvent alors persister sans changements ou peuvent disparaître peu à peu comme nous l'avons constaté dans un cas.

Nous aurons complété cette courte description clinique lorsque nous aurons dit que l'angiokératome est une maladie qui s'observe assez souvent chez plusieurs membres d'une même famille et qu'elle est absolument indolente, ne pouvant gêner un malade qu'au point de vue esthétique.

I

Étiologie. — Anatomie pathologique.

I. — THÉORIES ANATOMIQUES

La première théorie émise est celle que soutint Dubreuilh en 1889 ; ce qui, pour lui, caractérisait l'affection, c'était les troubles de la kératinisation. La lésion était donc une sorte de verrue ordinaire, à la suite de laquelle apparaissait une dilatation des capillaires, complétant l'aspect clinique de l'affection ; d'où le nom de « verrues

télangiectasiques ». Cette erreur s'expliquait par l'absence d'examen histologique. Les observations postérieures montrèrent que la kératinisation est un processus accessoire, surajouté et qui peut manquer. Dubreuilh reconnut bientôt son erreur d'interprétation et renonça à son hypothèse.

Nous trouvons ensuite la théorie émise par Mibelli, puis par Pringle : pour ces deux auteurs, il y a non seulement dilatation des vaisseaux existants, mais encore néoformation de vaisseaux. Ces vaisseaux néo-formés intriquent ensuite leurs mailles, de façon à constituer une tumeur vasculaire. L'angiokératome aurait donc trois causes : la dilatation des vaisseaux normaux, la néoformation de vaisseaux au moyen d'angioblastes, et une néoplasie lacunaire hématique. La dilatation des vaisseaux normaux jusqu'à former de vraies lacunes existe en effet ; elle est la lésion caractéristique de l'affection : elle a été constatée par tous les observateurs. Mais la constater n'est pas suffisant : il reste encore à l'expliquer, et c'est ce que ne font ni Mibelli, ni Pringle. Quant à la néoformation angioblastique de vaisseaux, à la formation de « néoplasies hématiques », elles n'ont été constatées par aucun des histologistes qui ont étudié les lésions de l'angiokératome.

Avec Escande, nous trouvons une nouvelle théorie : la faiblesse congénitale des capillaires. Le mécanisme lui en semble « des plus faciles à saisir » : « On comprend en effet que, lorsque sous l'influence du froid par exemple, et par suite de l'insuffisance des valvules veineuses, le sang a été refoulé dans les capillaires, ceux-ci résistent

pendant quelque temps et cherchent à réagir, à chasser le sang qui les remplit. Mais si la pression est assez forte, surtout si le phénomène se reproduit souvent, il vient un moment où le capillaire fatigué, surmené, sera incapable de toute résistance et se laissera distendre facilement...

...Il n'y a pas de raison pour que, la dilatation s'exagérant, une rupture ne s'ensuive, encore que ce fait n'ait pas été observé. »

Est-il besoin de faire remarquer que cette théorie d'Escande repose sur deux hypothèses purement gratuites : l'insuffisance des valvules veineuses, la faiblesse congénitale des capillaires. Il peut paraître surprenant que cette faiblesse congénitale des capillaires se traduise uniquement sur les points où est observé l'angiokératome. Les sujets atteints de cette dermatose devraient être atteints en même temps de varices profondes, de dilatations variqueuses superficielles, de varicocèle, etc... Faiblesse congénitale des capillaires et insuffisance des valvules veineuses sont deux hypothèses ne reposant sur aucun fondement et des plus difficiles à admettre.

Rappelons enfin que l'on a proposé comme étiologie à l'angiokératome des « troubles locaux de circulation » sans qu'on ait pris soin de préciser quels pouvaient être ces troubles. On constate facilement, il est vrai, la dilatation lacunaire des capillaires de la portion superficielle du derme ; mais ce n'est pas une constatation histologique que nous cherchons, c'est une explication, et nous ne la trouvons pas davantage ici.

Nous en dirons autant du rôle qu'on a voulu faire jouer aux engelures, à l'asphyxie locale des extrémités : ce

n'est pas donner l'étiologie d'une lésion que constater sa coexistence avec une autre : c'est constater un fait et rien de plus. C'est même augmenter la difficulté de la question : dans le cas qui nous occupe on peut justement se demander si angiokératome et asphyxie des extrémités n'auraient pas une cause commune.

En résumé, aucune des théories que nous venons d'examiner jusqu'ici n'est satisfaisante : les unes se bornent à constater des faits et n'expliquent rien : les autres reposent sur des hypothèses assez vagues ; enfin les dernières élargissent le problème, bien loin de le résoudre.

2. — THÉORIE ÉTIOLOGIQUE, TUBERCULEUSE

Comme nous l'avons déjà vu, l'hypothèse de l'origine tuberculeuse de l'angiokératome a été émise pour la première fois par Leredde, en 1898, dans un travail fait en collaboration avec Milian. Reprise au cours de discussions à la *Société de Dermatologie*, elle a été confirmée par un nouveau mémoire de Leredde et Haury. Un cas que nous avons observé récemment, Leredde et moi, nous a paru en être une démonstration frappante. Enfin, je l'ai défendue récemment moi-même dans un travail paru dans les *Archiv für Dermatologie und Syphilis*.

Voyons quels sont les arguments qui permettent de ranger l'angiokératome parmi les tuberculoses cutanées atypiques, et quelle est la valeur de la théorie tuberculeuse.

Les faits qui permettent à l'heure actuelle de classer

une dermatose parmi les tuberculoses cutanées atypiques sont de deux ordres : des faits histologiques et des faits cliniques. Étudions donc l'angiokératome en nous plaçant à ce double point de vue et voyons si les résultats que nous constaterons cadrent avec ceux que l'on a observés dans l'étude des tuberculides en général.

Arguments histologiques. — Quelles sont les lésions anatomo-pathologiques ordinaires de la tuberculose atypique de la peau ?

Elles consistent essentiellement, nous l'avons déjà vu, en altérations vasculaires, pouvant être représentées tantôt par la dilatation, tantôt par la diminution de calibre ou l'oblitération complète des vaisseaux : en infiltration de lymphocytes ou de plasmazellen, formant des traînées le long des vaisseaux ; en infiltration plus ou moins discrète de cellules rondes, pouvant former par places des amas plus ou moins considérables dans le derme.

Rappelons qu'entre les tuberculoses vraies et les tuberculoses atypiques, on trouve, au point de vue anatomo-pathologique, toutes les transitions, tous les stades intermédiaires, le premier degré des lésions étant représenté simplement par des altérations vasculaires et une infiltration périvasculaire, plus ou moins discrète.

Nous l'avons déjà dit, on ne saurait trop insister sur la valeur de ces altérations vasculaires : on les retrouve toujours, dans tous les examens microscopiques de toutes les tuberculoses. Leur importance est d'autant plus grande qu'elles siègent plus profondément. Elles exigent donc, pour pouvoir être constatées, des biopsies faites jusqu'à

l'hypoderme. C'est la façon, souvent trop superficielle, de faire celles-ci, qui a empêché de constater plus souvent les lésions des vaisseaux et qui a donné, aux examens histologiques des tuberculides, des résultats parfois contradictoires en apparence, les auteurs ayant étudié des étages différents de la peau.

Rappelons que dans l'examen histologique du cas étudié par Philippson sous le nom de phlébite nodulaire nécrotique, l'étude de la portion superficielle du derme ne révélait que des phénomènes inflammatoires d'ordre assez banal, de la dilatation vasculaire, tandis que dans l'hypoderme on constatait de vrais îlots de nécrose circonscrits autour de veines thrombosées, nécrosées, qui n'étaient plus reconnaissables que par la présence de leurs fibres élastiques. Une biopsie superficielle n'aurait donc permis, en aucune façon, de reconnaître la vraie nature de la dermatose étudiée.

Les lésions vasculaires doivent donc être considérées comme primordiales dans l'anatomie pathologique des tuberculoses atypiques. Elles en sont comme la signature : elles y sont constantes.

Allons-nous trouver des lésions semblables dans l'histologie de l'angiokératome ? Nous ne parlerons pas des lésions épidermiques : elles sont variables, elles sont accessoires ; l'hyperkératose peut manquer ; les lésions du derme seules sont constantes, seules elles sont vraiment intéressantes.

Elles consistent principalement en lésions vasculaires, observées surtout au niveau des couches superficielles du derme, en véritables dilatations ampullaires des capil-

lares, pouvant arriver en contact avec l'épiderme et en infiltration cellulaire légère du tissu conjonctif ou des espaces périvasculaires. Telles sont les lésions classiques, constatées par Mibelli, Audry, Pringle, Joseph. Mais Leredde ayant pratiqué des biopsies profondes a pu constater d'autres lésions particulièrement intéressantes. C'est ainsi que, dans le cas de Leredde et Milian, on apercevait dans le plan profond du derme une artère à parois très épaisses, presque oblitérée par la multiplication des cellules de la couche interne, d'autres vaisseaux moins importants, artériels ou veineux, à parois scléreuses, infiltrées de noyaux, dilatés, ou tendant à s'oblitérer par prolifération des cellules de la couche interne. Autour d'un grand nombre de ces vaisseaux on constatait des amas cellulaires, paraissant formés de lymphocytes. Dans le plan moyen du derme, une veine importante, suivie sur un long trajet, présentait des parois infiltrées de noyaux et une cavité presque complètement oblitérée par la prolifération cellulaire. D'autres vaisseaux plus petits étaient complètement oblitérés par des thrombus hyalins. Certaines veines étaient entourées d'îlots nécrosés, formés de cellules à protoplasma grenu, se confondant les unes avec les autres.

Dans le cas de Leredde et Haury, les lésions observées étaient semblables ; là encore on trouvait des altérations vasculaires, l'oblitération de capillaires ou de veines, l'infiltration cellulaire périvasculaire.

Dans le cas que nous avons étudié et publié, Leredde et moi, on constatait, comme de coutume, les dilatations ampullaires de la couche superficielle du derme ; mais de

plus, on observait, à la partie tout à fait inférieure du derme, presque au niveau de l'hypoderme, une artériole, assez importante, presque complètement oblitérée par des lésions d'endartérite végétante : les parois du vaisseau, extrêmement épaisses, étaient infiltrées de nombreux noyaux ; sur un autre point des coupes, on trouvait une veine atteinte de phlébite et complètement oblitérée par végétation de sa paroi interne ; la lumière de ce vaisseau était remplie par une masse caséuse parsemée de noyaux.

Ces examens histologiques mettent spécialement en relief le rôle des lésions vasculaires : l'artérite et surtout la phlébite oblitérante, qui expliquent la dilatation des réseaux capillaires du plan sous-épidermique, seule observée par les premiers observateurs.

En somme, les altérations constatées : lésions vasculaires, et infiltration périvasculaire pouvant aller jusqu'à la nécrose, correspondent complètement aux lésions anatomo-pathologiques des tuberculoses cutanées atypiques. Les altérations veineuses, en particulier, rapprochent plus spécialement l'angiokératome des tuberculoses nécrotiques, et peut-être faut-il admettre, comme Philippon pour les tuberculoses nodulaires, une phlébite profonde à la base de tout le processus aboutissant au type clinique de l'angiokératome.

Arguments cliniques. — Les arguments cliniques qui plaident en faveur de la nature tuberculeuse de l'angiokératome peuvent être classés en deux groupes :

1^o Coexistence de l'angiokératome avec des manifestations franches de tuberculose ;

2° Coexistence de l'angiokératome avec d'autres tubercules cutanées.

Nous confondrons ces deux groupes et nous étudierons les observations connues d'angiokératome au point de vue de sa coexistence avec d'autres signes de tuberculose, en les divisant en deux groupes : les faits anciens et les faits récents.

Cette distinction entre observations anciennes et récentes a une grande importance ; nous allons l'expliquer : on sait que c'est en se fondant sur les faits cliniques, et à l'encontre des données expérimentales, que Besnier a fait admettre la nature tuberculeuse du lupus érythémateux. La caractéristique clinique du lupus érythémateux, comme des autres tuberculoses atypiques, est de se rencontrer chez des sujets, dans les antécédents héréditaires ou personnels desquels on retrouve des stigmates de tuberculose : qui, fréquemment, sont atteints, ou seront atteints dans la suite, d'une tuberculose généralisée ou locale : tuberculose pulmonaire, tuberculose ganglionnaire, osseuse, articulaire. Mais bien qu'en procédant à cette enquête avec toute l'impartialité possible, encore faut-il songer à l'hypothèse tuberculeuse, pour rechercher les stigmates, souvent extrêmement discrets, de l'infection bacillaire. Ces conditions ont-elles été remplies dans les observations anciennes d'angiokératome ? Examinons-les à ce point de vue.

Faits anciens. — Jusqu'à l'année 1893, dans les 25 observations rapportées par Escande dans sa thèse, la tuberculose n'est notée que trois fois. Rappelons que ce

n'est qu'en 1898 que Leredde soutint la théorie de la nature tuberculeuse de l'angiokératome et disons tout de suite qu'il ne fait pas de doute pour nous que, si des manifestations tuberculeuses n'ont pas été notées plus souvent, dans les observations antérieures, c'est qu'on ne s'est pas donné la peine de les chercher, l'attention n'ayant pas été attirée de ce côté. Dans les trois observations rapportées par Escande, où la tuberculose est signalée, elle l'a été parce qu'elle se traduisait d'une façon tellement évidente qu'on était en quelque sorte forcé de la constater. On peut en juger par le résumé de ces trois observations que nous rapportons :

OBSERVATION DE COLCOTT FOX. — Elle a trait à une fillette de 9 ans, d'aspect phthisique prononcé, qui présentait des lésions d'angiokératome aux mains et aux pieds et en même temps des tumeurs sous-cutanées à la partie supérieure des bras (tubercules papulo-nécrotiques probables).

La fillette mourut quelque temps après de tuberculose pulmonaire. Toutes les lésions constatées avaient complètement disparu avant la mort.

Dans la famille de la malade, trois autres enfants présentaient des lésions cutanées semblables. Un des frères de la malade avait présenté une affection osseuse, ayant déterminé la perte d'un doigt et d'un orteil et qui vraisemblablement devait être de l'ostéite tuberculeuse. Cet enfant présentait encore au visage et aux membres un nombre considérable de petites tumeurs sous-cutanées, rappelant la lèpre tuberculeuse, qui disparurent dans la suite sans laisser de traces.

CAS D'AUDRY. — Garçon de 15 ans, présentant de l'angiokératome au niveau des deux mains et du pied droit. Mains asphyxiques : engelures nombreuses ulcérées ; tuberculose pulmonaire.

CAS D'ESCANDE. — Garçon de 25 ans, ayant toujours eu une santé délicate, présentant de l'angiokératome simplement au niveau de la main gauche ; engelures ulcérées tous les hivers ; le malade a eu une pleurésie à l'âge de 20 ans ; au moment où il fut observé, il présentait de la tuberculose pulmonaire évidente.

On pourrait peut-être à ces trois observations joindre un cas de purpura hémorragique nodulaire publié par Fabry, qui pourrait bien être un cas d'angiokératome. Il s'agissait d'un jeune garçon de 13 ans, qui présentait à la face de flexion des cuisses, sur le tronc, dans le creux poplité du côté droit, sur la poitrine, à la région sacrée et sur les membres supérieurs et inférieurs, des petites papules, de couleur brun noirâtre et même noires, de dimensions variables, jusqu'à la largeur d'un grain de mil. Ces petites papules étaient les unes isolées, les autres confluentes, formant des nodosités comme on en rencontre dans le lichen. L'examen histologique révéla des dilatactions vasculaires et des hémorragies par rupture dans toutes les couches de l'épiderme.

Pour Fabry, il s'agissait de purpura nodulaire. Mais on n'a pas l'habitude de rencontrer dans cette affection ces saillies cornées, qui font, par leur coexistence avec les lésions vasculaires, penser plutôt à l'angiokératome. Contre cette hypothèse, il faut, il est vrai, relever deux arguments : d'une part, au point de vue clinique, la générali-

sation des lésions, rare dans l'angiokératome : mais les cas de Thibierge, de Fordyce, de Leredde, de Pringle nous ont montré que l'angiokératome pouvait siéger sur le lobule de l'oreille, sur le nez, au scrotum, sur les jambes et les cuisses ; d'autre part, au point de vue histologique, on n'observe pas d'ordinaire de ruptures vasculaires dans l'angiokératome, mais il n'y a rien d'impossible à ce qu'il en existe et cet argument n'est pas suffisant pour faire rejeter cette hypothèse.

Or, dans ce cas de Fabry, le petit malade présentait des lésions pulmonaires en même temps que son affection cutanée et le pronostic paraissait fatal.

En résumé, dans les observations d'angiokératome publiées avant que l'hypothèse tuberculeuse ait été soulevée, la tuberculose est notée rarement : elle est cependant la maladie qui est notée le plus fréquemment dans les antécédents ou dans l'état général des malades, et si elle ne l'est pas plus souvent encore, c'est que la plupart du temps on ne pensait pas à la rechercher.

Faits nouveaux. — Dans les observations récentes, nous allons la trouver beaucoup plus fréquemment. Elle est notée dans les cas de Leredde et Milian et de Leredde et Haury, chez un malade présenté par M. Du Castel à la Société française de dermatologie, enfin dans l'observation que j'ai publiée moi-même avec Leredde. Voici le résumé de ces observations :

CAS DE LEREDDE ET MILIAN. — Angiokératome typique des orteils, du bord externe du pied, des faces latérales de la région tibio-tarsienne et de la partie inférieure des jambes à leur face postérieure.

L'état général est bon ; l'auscultation ne révèle rien d'anormal ; *mais depuis son enfance, cette malade présente des adénopathies de la région sous-maxillaire et de la région antéro-externe du cou, très volumineuses, soulevant la peau ; certains ganglions atteignent le volume d'un œuf de poule.*

CAS DE LEREDDE ET HAURY. — Lésions d'angiokératome typique sur les pieds, les jambes, les cuisses et le scrotum : coexistence sur les mains de tuberculides nodulaires hypertrophiques.

Coïncidant avec l'apparition brusque de l'angiokératome, poussée tuberculeuse pulmonaire et ganglionnaire (au cou, aux aisselles, aux aines).

Dans les antécédents du malade, on ne trouve rien du côté des parents : mais un frère est mort, à l'âge de 22 ans, de tuberculose pulmonaire, après un an de maladie.

Le cas présenté par M. Du Castel avait été étiqueté « Dermite hémorragique des saillies articulaires des doigts ». Le malade présentait sur le dos des mains et plus particulièrement au niveau des saillies articulaires, des épaississements ayant la couleur de la peau normale et parsemés d'un fin piquetis hémorragique. Ces lésions s'exagéraient l'hiver. Ce cas était en somme très proche de l'angiokératome. Or le malade avait des antécédents tuberculeux : abcès de très longue durée à la fesse, dans l'enfance et à la suite de cet abcès, ulcérations au niveau des jambes, ayant laissé des cicatrices lisses.

OBSERVATION PERSONNELLE (Obs. LXXX). — Nous avons observé récemment un cas des plus intéressants par la coexistence de lésions d'angiokératome avec de la tuber-

culose pulmonaire et avec une autre tuberculide, et par les antécédents héréditaires de la malade. On peut en juger par l'observation suivante :

M^{lle} L..., 22 ans, sans profession.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants, tous deux en bonne santé ; mais la malade déclare que son père a les deux oreilles « à moitié mangées par les engelures », et que le frère de son père est dans le même état que lui. On prie la malade de faire venir son père. Il présente un *lupus érythémateux* typique des deux oreilles ; tout le rebord de l'hélix a disparu, a été rongé ; on trouve à sa place un rebord aminci, très vasculaire, légèrement squameux, présentant par places une tendance cicatricielle. Sur les mains, engelures ulcérées, se reproduisant chroniquement tous les hivers depuis l'enfance ; au moment où on les examine, les mains présentent, en outre, une couleur asphyxique rouge violacé, une augmentation de volume considérable, et à la paume un état hyperidrosique marqué. Le père interrogé déclare que vers l'âge de 12 ans il aurait présenté sur les mains des points noirs, analogues à ceux que présente actuellement sa fille.

Du côté de la famille maternelle, *un frère et une sœur de la mère sont morts tous deux de tuberculose pulmonaire.*

La malade a deux frères en bonne santé.

Antécédents personnels. — La malade déclare avoir une santé excellente et n'avoir jamais fait aucune maladie. Elle se plaint seulement d'être réglée très irrégulièrement et d'avoir un peu de leucorrhée.

Elle n'a jamais eu d'adénopathies dans son enfance et ne présente actuellement aucun ganglion.

Elle a toujours eu des engelures, régulièrement chaque hiver, depuis son enfance.

État pulmonaire. — Au niveau de la zone sous-claviculaire gauche, submatité nette ; expiration prolongée ; inspiration rugueuse.

Du côté droit, respiration un peu saccadée. La malade tousse de temps en temps.

Un médecin du Mans, qui n'avait sûrement pas l'attention attirée vers la tuberculose par les lésions cutanées de la malade, l'avait déjà auscultée il y a deux ans et avait déjà à cette époque attiré l'attention de la famille sur le côté gauche suspect.

État cutané. — *Nez.* — *Lupus pernio typique* de l'extrémité de cet organe, qui est de coloration violacée, livide, avec tuméfaction légère du tégument, très peu douloureuse; par places, léger enduit squameux, fin, assez adhérent; au moment des grands froids, les lésions s'aggravent toujours; en été, elles s'atténuent, mais ne disparaissent pas complètement.

Mains. — Les deux mains présentent un état asphyxique prononcé; elles sont de couleur rouge violacé, plus foncé au niveau des doigts et de la moitié cubitale du dos de la main. Dans leur ensemble, les faces dorsales présentent une cyanose marquée et des marbrures livides.

Les deux mains sont sensiblement augmentées de volume; les doigts sont également déformés: ils présentent un état boudiné, l'accroissement de volume se produisant principalement entre deux articulations. Lorsque le froid cesse, l'œdème et la cyanose des mains disparaissent presque complètement, mais il subsiste une rougeur violacée plus faible sur la face dorsale des doigts et sur la face dorsale de la main, du côté de la moitié cubitale de celle-ci.

Parsemées sur ces surfaces cyanotiques, on note de petites taches d'un rouge noir, ayant à peine les dimensions d'une tête d'épingle, tantôt isolées, tantôt groupées les unes à côté des autres. Si l'on comprime les tissus avec une lame de verre, ces petites taches vasculaires persistent très nettes sous la pression, qui efface la cyanose des tissus adjacents. On n'observe pas à leur niveau d'apaisissement de l'épiderme, pas plus à l'œil nu qu'à la loupe et le toucher au doigt ne donne aucune sensation de rugosité ou de sécheresse. Il n'y a donc aucune réaction épidermique.

On note également quelques-unes de ces petites taches vasculaires à la face palmaire des doigts, principalement à la face palmaire de la troisième phalange de l'index gauche, où l'on en observe cinq, groupées côte à côte. On observe à ce niveau de petites saillies hyperkératosiques appréciables à l'œil et au toucher.

Cette observation est des plus intéressantes par l'état clinique de la malade et par ses antécédents. On observe chez elle des lésions typiques d'angiokératome depuis les simples taches vasculaires jusqu'aux saillies hyperkératosiques, les engelures chroniques, l'asphyxie des extrémités. Elle présente en même temps une autre manifestation de tuberculose cutanée : son lupus pernio du nez. Or, on sait qu'on a décrit récemment dans cette affection des lésions tuberculeuses histologiques franches, avec cellules géantes. Enfin les antécédents tuberculeux de la malade sont des plus nets : tuberculose d'un frère et d'une sœur de la mère, lupus érythémateux et peut-être angiokératome dans la jeunesse, chez le père, et lupus érythémateux du frère de celui-ci.

Arguments soulevés contre la théorie tuberculeuse.

— La théorie tuberculeuse de l'angiokératome, avons-nous dit, n'est pas généralement acceptée. Elle a été combattue en France par Dubreuilh et par Hallopeau.

A vrai dire elle n'a pas été combattue par Dubreuilh, puisque dans son article de la *Pratique Dermatologique* il ne la cite même pas ; c'est qu'il n'admet donc pas qu'elle puisse être proposée. Pour lui, l'angiokératome est une affection locale, liée à des troubles de la circulation, à l'as-

phyxie des extrémités, aux engelures. Nous avons déjà dit que la constatation de cette coexistence ne nous paraissait pas suffisante pour expliquer l'étiologie de l'angiokératome. D'ailleurs pour nous, loin d'infirmier la théorie tuberculeuse, cette coexistence presque constante d'engelures chroniques, persistantes, ulcérées, et d'acro-asphyxie, nous paraîtrait plutôt de nature à la confirmer.

Depuis le démembrement de l'ancienne scrofule, on n'est pas encore arrivé, il est vrai, à fixer la valeur exacte qu'il convient d'accorder à l'acro-asphyxie et aux engelures. En tout cas, il est un fait certain : c'est leur constatation, qui est devenue banale, chez tous les sujets atteints de tuberculoses atypiques. Ne pourrait-on pas se demander si l'acro-asphyxie n'est pas due à une action indirecte ou à une action lente du bacille tuberculeux, à des lésions vasculaires profondes, à des phlébites atténuées, d'origine tuberculeuse !

L'avenir, les études ultérieures répondront à ces questions. Mais, à priori, la coexistence avec les engelures persistantes et avec l'acro-asphyxie n'est pas un argument qui permette d'éliminer l'hypothèse de la nature tuberculeuse de l'angiokératome.

M. Hallopeau a combattu la théorie tuberculeuse en se servant d'un argument clinique : la coexistence de l'angiokératome chez plusieurs membres d'une même famille. Cette coexistence est en effet fréquente (Mibelli, Dubreuilh, Pringle, Bertarelli, Audry) si bien qu'on a voulu faire de l'angiokératome une maladie familiale et héréditaire. Il s'agirait d'une malformation congénitale, d'une dystrophie.

A priori il n'y a pourtant rien d'impossible à voir plusieurs enfants d'une même famille présenter des stigmates de tuberculose et l'esprit ne se refuse nullement à admettre que des frères et des sœurs puissent être atteints simultanément de tuberculides. Il ne s'agit d'ailleurs pas là de simples vues de l'esprit et nous allons essayer de le prouver.

Mais auparavant nous allons répondre à une objection que nous avons trouvée dans le travail récent de Truffi sur l'angiokératome. Cet auteur ne veut pas nier que l'angiokératome puisse coexister assez fréquemment avec la tuberculose. Il admet que chez de jeunes sujets tuberculeux ou candidats à la tuberculose le système vasculaire et particulièrement celui des extrémités, puisse être altéré. Mais à son avis, et sur ce point il serait d'accord avec Tommasoli, la tuberculose se borne à créer, par la parésie des vaisseaux des extrémités, une prédisposition à l'angiokératome. Elle n'agirait pas autrement que pourrait le faire toute autre maladie infectieuse ou toute intoxication qui, par un mécanisme quelconque, provoqueraient des troubles circulatoires.

A la première partie de l'argumentation de Truffi, nous pouvons répondre que dans les cas, à notre connaissance, où la tuberculose coexistait avec l'angiokératome il y avait plus qu'une parésie des vaisseaux des extrémités, mais bien des lésions d'artérite et de phlébite: il ne s'agissait donc pas de lésions d'ordre mécanique, de congestions passives, mais bien de lésions actives. Quant à l'assimilation de la tuberculose à n'importe quelle autre maladie infectieuse ou intoxication capable de provoquer

des troubles circulatoires, nous répondrons que l'on n'a pas encore observé l'angiokératome à la suite d'autres infections ou intoxications, telles que la syphilis, par exemple, et que encore une fois, il ne s'agit pas de simples « troubles circulatoires » mais bien de lésions actives vasculaires très nettes.

Reprenons maintenant l'argument de M. Hallopeau, et voyons ce qu'il convient de penser de ce que nous avons proposé avec Leredde d'appeler : les tuberculides familiales.

Bibliographie.

- BAZIN. — Traité des affections de la peau, 1862.
- SECHEYRON. — Papillome nævi verruqueux. *Archives de médecine*, 1886.
- DUBREUILH. — Verrues télangiectasiques. *Annales de la polyclinique de Bordeaux*, 1889.
- C. FOX. — Lymphangiectasies verruqueuses. *The illustrated medical News*, 1889.
- MIBELLI. — Angiokératome. *Giorn. ital. delle malat. vener. et della pelle*, 1889, et *Atlas international des maladies rares de la peau*, 1889 et 1891.
- PRINGLE. — *Brit. Journ. of Dermat.*, juillet, août, septembre 1891.
- JOSEPH. — Sur un cas d'angiokératome. *Berlin. klin. Wochenschr.* 1892.
- AUDRY et DEYDIER. — L'angiokératome. *Lyon médical*, 1892.
- THIBIERGE. — L'angiokératome. *Annales de dermat. et de syph.*, novembre 1892.
- ESCANDE. — Sur l'angiokératome de Mibelli. *Thèse*, Toulouse, 1892-93.
- JOSEPH. — Un cas d'angiokératome. *Berlin. Dermat. Gesellschaft*, juillet 1892.

- TOMMASOLI. — Sur l'angiokératome. *Commentario clinico del. malat. cut.*, 1893.
- GEBERT. — Un cas d'angiokératome. *Berlin. dermat. Gesellschaft*, 17 mars 1896.
- FORDYCE. — Angiokératome. *Journ. of cutan. and genit-urin. diseases*, mars 1896.
- ISAAC. — Un cas d'angiokératome. *Berlin. dermat. Gesellschaft*, novembre 1897.
- LEREDDE et MILIAN. — Tuberculide angiomateuse des membres inférieurs. *Annales de dermat. et de syph.*, décembre 1898.
- LEREDDE et HAURY. — Tuberculides angiomateuses et hypertrophiques multiples, coïncidant avec des lésions tuberculeuses des poumons et des ganglions. *Société de dermat. et de syph.*, avril 1899.
- WISNIEWSKI. — Contribution à la connaissance de l'angiokératome de Mibelli. *Archiv f. Dermat. und Syph.*, 1898.
- ANDERSON. — Un cas d'angiokératome. *Brit. Journ. of Dermat.*, avril 1898.
- GAUCHER. — Télangiectasies verruqueuses des mains et des pieds. *Soc. de dermat. et de syph.*, novembre 1899.
- DUBREUILH. — Article : angiokératome, in *Pratique dermatologique*, t. I, Paris, Masson, 1900.
- TRUFFI. — Sur l'angiokératome. *Giorn. Ital. del. malattie veneree e della pelle*, 1902, fasc. VI.
- LEREDDE et PAUTRIER. — Un cas d'angiokératome coexistant avec du lupus pernio et de la tuberculose pulmonaire. *Société de dermat. et de syph.*, février 1902.
- PAUTRIER. — La nature tuberculeuse de l'angiokératome; les tuberculides familiales. *Archiv f. Dermat. und Syph.*, 1903.
-

CHAPITRE X

LES TUBERCULOSES CUTANÉES FAMILIALES

Nous venons de voir que pour M. Hallopeau, l'argument qui s'oppose à l'admission de l'angiokératome parmi les manifestations de la tuberculose, est le fait que cette affection se rencontre assez souvent chez plusieurs frères et sœurs, chez plusieurs membres d'une même famille.

Il s'agirait donc d'une malformation congénitale, d'une dystrophie, d'une maladie familiale, analogue aux noevi, à la maladie de Recklinghausen. Pourtant, reconnaissant la valeur des faits signalés par Leredde, M. Hallopeau admet que nous confondons peut-être deux affections sous le nom d'angiokératome : l'une familiale, comparable aux noevi, l'autre non familiale, d'origine tuberculeuse. Or il semble difficile de croire qu'une affection aussi nettement différenciée que l'angiokératome, se présentant dans tous les cas avec une symptomatologie et des lésions histologiques particulières, puisse être provoquée par des causes aussi différentes. Il nous paraît plus simple d'admettre que le même stigmate de tuberculose peut se rencontrer chez plusieurs enfants d'une même famille, et l'esprit ne se

refuse nullement à une pareille conception. Après avoir formulé cette hypothèse nous avons cherché à voir si elle serait confirmée par les faits et nous avons été surpris des résultats que nous avons obtenus.

Faisons remarquer tout d'abord que l'étude des manifestations cutanées de la tuberculose est en somme toute récente et que nous devons en ignorer bien des termes. Ce n'est guère que depuis le congrès de Londres, c'est-à-dire depuis sept ans, que l'attention des dermatologistes a été attirée à ce sujet. Les documents ne commencent donc à s'amasser que depuis peu de temps. Il est possible, il est même certain, que les travaux ultérieurs nous révéleront bien des faits que nous ignorons complètement à l'heure actuelle. Le chapitre des manifestations cutanées de la tuberculose est pour nous un chapitre qui ne fait que de s'ouvrir.

Or, parmi les faits nouveaux que l'on peut dégager et qui méritent au plus haut point d'attirer l'attention des dermatologistes, nous croyons pouvoir ranger l'existence de « tuberculoses cutanées familiales ». Dans une communication que nous avons faite avec Leredde à la *Société de Dermatologie*, dans laquelle nous rapportons le cas d'angiokératome relaté plus haut, nous attirions déjà l'attention à ce sujet. Rappelons que dans cette observation nous trouvons une jeune fille atteinte de lupus pernio, d'angiokératome, et de tuberculose pulmonaire ; son père a présenté lui aussi de l'angiokératome, il présente encore actuellement du lupus érythémateux des deux oreilles ; enfin, le frère du père est également atteint de lupus érythémateux.

Ce cas nous ayant semblé remarquable, nous cherchâmes si nous n'en trouverions pas de semblables dans la littérature dermatologique de ces dernières années.

Nous trouvâmes d'abord une observation de Weidenhammer, portant sur deux frères, dont l'aîné présentait un *lupus tuberculeux*, ayant débuté sous l'aspect d'un *lupus érythémateux*, et le jeune, un *lupus érythémateux* typique.

Dans un autre cas de *lupus érythémateux*, rapporté par Roth, la mère du malade présentait elle aussi un *lupus érythémateux* du nez, et une sœur, du *lupus érythémateux* des mains.

Dans une troisième observation, rapportée par Rona, il s'agit d'un *lupus érythémateux* observé chez trois sœurs. Un frère de la mère était mort de tuberculose pulmonaire. Le père, vivant, était faible, maladif, toussait et crachait. Chez une des trois sœurs, on notait, en même temps que le *lupus érythémateux*, une adénite tuberculeuse du cou.

Depuis ces recherches, j'ai observé deux sœurs atteintes toutes deux de *lupus tuberculeux* du nez, et fait plus curieux encore, dans les deux cas le *lupus* siégeait à la même narine, à gauche.

Récemment notre ami le Dr Chatin communiquait à Leredde le cas de deux *lupiques*, vues à l'hôpital Saint-Louis, qui ont trois enfants : deux sont atteints de *lupus*.

Mais il y a mieux encore. Leredde, ayant effectué de son côté quelques recherches nouvelles, a remarqué, d'après les travaux et les statistiques de Leloir, que le *lupus tuberculeux* pouvait être une maladie familiale.

Sur trois cent douze observations personnelles, recueillies en huit ans, Leloir a observé onze cas dans lesquels le lupus atteignait simultanément un des parents et un des enfants, quinze cas dans lesquels deux frères, un frère ou une sœur, deux sœurs étaient atteints, soit vingt-six en tout. Comme le fait remarquer Leredde, ces cas ne s'expliquent pas par la contagion : la preuve en est que Leloir n'a pas observé de lupus coexistant chez le mari ou chez la femme. La contagion se conçoit d'ailleurs difficilement pour une tuberculose aussi pauvre en bacilles que le lupus et pour une tuberculose fermée. On est donc amené à concevoir l'existence d'un terrain organique, qui fait que, chez certains sujets, la peau peut présenter héréditairement des qualités qui la rendent apte à se laisser envahir par le bacille tuberculeux, par suite de qualités anatomiques et chimiques que nous ne sommes pas encore à même de pouvoir apprécier.

Leredde a repris également l'étude, faite par Leloir, des antécédents héréditaires des malades atteints de lupus vulgaire. Dans ses trois cent douze observations, Leloir a noté cent quatre-vingt six fois l'existence de tuberculose pulmonaire dans l'entourage des lupiques. Ces cas se répartissent de la façon suivante : la tuberculose existait 47 fois chez le père, 55 fois chez la mère, 24 fois chez la sœur, 27 fois chez le frère, 9 fois chez l'oncle, 2 fois chez la tante, 3 fois chez le mari, 6 fois chez des cousins, 3 fois chez le patron, 10 fois chez les domestiques. Comme le fait observer Leredde, on ne peut interpréter ces faits comme le fait Leloir, qui les explique par la contagion. Cette hypothèse est ruinée par ce fait que sur 186 cas la

tuberculose n'est notée que 3 fois chez le mari, jamais chez la femme d'un lupique, alors que le père, la mère, les frères et sœurs de celui-ci sont atteints dans 153 cas.

Si nous nous reportons à la statistique des 35 cas personnels de lupus érythémateux que nous avons publiés, nous voyons que la tuberculose pulmonaire probable, dans l'entourage, existait dans 26 cas. Ils se répartissent de la sorte : père 7 fois, mère 4 fois, sœurs 6 fois, frères 3 fois, oncles 4 fois, tantes 2 fois. Sur ces 26 cas nous en trouvons un seul où la femme d'un lupique a de la tuberculose. On ne songera plus à incriminer la contagion, à propos d'une dermatose dont nous affirmons la nature tuberculeuse, mais où l'on n'a pas encore réussi à colorer un bacille. On est donc amené à conclure que la tuberculose de l'entourage des lupiques se rattache uniquement à des conditions de terrain, et nous pouvons dire avec Leredde : « Personne ne peut soutenir que l'hérédité de la tuberculose soit très fréquente, ni même commune, mais il paraît indéniable que certaines familles sont atteintes avec prédilection par cette maladie infectieuse, sans que la contagion explique ce triste privilège ; les modalités sous lesquelles elle se développe, les formes qu'elle revêt, leur évolution spéciale méritent d'être étudiées à nouveau. »

Il sera intéressant, pour les observateurs, de rechercher si l'hérédité spéciale, les conditions physico-chimiques particulières qui font de la peau, dans certaines familles, un lieu d'élection pour la tuberculose, si cette hérédité spéciale, dis-je, n'existerait pas pour d'autres organes. Est-il possible par exemple d'observer des ménin-

gites tuberculeuses, des adénopathies tuberculeuses: des maux de Pott, des coxalgies familiales ? Pour le moment, en restant sur notre terrain, celui du revêtement cutané, l'existence de tuberculoses cutanées familiales nous paraît établie. Nous avons la conviction que, si l'attention des dermatologistes est attirée sur cette question, de nouvelles observations ne manqueront pas de venir confirmer cette théorie.

Bibliographie.

- LEREDDE. — Les notions nouvelles sur les tuberculoses de la peau et leurs conséquences au point de vue de la pathologie générale de la tuberculose. *VI^e Congrès français de médecine*. Toulouse, 1902.
- PAUTRIER. — La nature tuberculeuse de l'angiokératome. Les tuberculides familiales. *Archiv für Dermat. und Syph.*, 1903.
- ROTH. — *Archiv für Dermat. und Syph.*, 1900, Bd LI.
- WEINDENHAMMER. — Cité in ROTH.
- RONA. — Lupus erythematosus bei Geschwistern. *Archiv für Dermat. und Syph.*, Bd LVI, 1901.
- LELOIR. — Traité de la scrofulo-tuberculose de la peau.
- LEREDDE et PAUTRIER. — Sur un cas d'angiokératome coexistant avec du lupus pernio et de la tuberculose pulmonaire. *Société française de dermatologie*, avril 1902.
-

CHAPITRE XI

PATHOGÉNIE DES TUBERCULOSES CUTANÉES ATYPIQUES

Nous abordons avec la question de la pathogénie des tuberculoses atypiques un sujet des plus difficiles à traiter, et sur lequel nous serons fort bref, aucune interprétation définitive ne pouvant encore être adoptée à l'heure actuelle. Nous nous bornerons donc à envisager rapidement les différentes hypothèses proposées, en indiquant pour chacune d'elles les arguments que l'on peut invoquer en leur faveur et en insistant de préférence sur la théorie qui paraît aujourd'hui la plus vraisemblable et la plus rationnelle. Ces théories sont au nombre de cinq ; ce sont :

1° La théorie des toxines tuberculeuses ou théorie des toxi-tuberculides ;

2° La théorie qui admet l'action de microbes inconnus, différents du bacille de Koch, encore à découvrir ;

3° La théorie de races spéciales de bacilles tuberculeux ;

4° La théorie qui admet l'action de bacilles de Koch ordinaires, mais rares, en petit nombre, très difficiles à trouver ;

5° La théorie des bacilles tuberculeux morts.

Théorie des toxines tuberculeuses.

La théorie des toxines tuberculeuses, connue sous le nom de théorie des toxi-tuberculides, a eu comme promoteur, et a encore comme défenseur le plus autorisé, notre maître M. Hallopeau. Elle a été rapidement admise par un certain nombre de dermatologistes, grâce d'une part à la grande autorité de M. Hallopeau, et d'autre part parce que, intéressante et ingénieuse, elle fournissait une satisfaction à l'esprit, et représentait une explication des plus vraisemblables.

Les résultats négatifs habituels des examens histologiques et bactériologiques étaient, grâce à cette hypothèse, faciles à comprendre. On s'expliquait l'absence de bacilles, de cellules géantes, de toute structure tuberculeuse, puisqu'il s'agissait d'exanthèmes produits par les toxines des bacilles tuberculeux. La très grande fréquence des antécédents personnels tuberculeux ou la coexistence d'accidents de tuberculose viscérale-ganglionnaire, chez les malades atteints de tuberculoses atypiques, rendaient cette hypothèse très vraisemblable : il existait dans l'organisme un foyer tuberculeux plus ou moins discret, d'où émanaient des toxines, mises en circulation ; ces toxines pouvaient être apportées à la peau par le courant sanguin, soit directement, soit après avoir impressionné les centres nerveux, qui déterminaient la symétrie de l'éruption cutanée (Bæck).

La base scientifique de cette hypothèse est représentée par la connaissance des poisons fabriqués par le bacille tuberculeux humain. Les recherches de Koch, de Strauss

et Gamaleia, de Grancher et Ledoux-Lebard ont établi en effet que ce bacille fabrique des poisons qu'il abandonne, aux milieux où il se cultive. Les belles recherches d'Auclair ont prouvé que ces poisons pouvaient jouir de propriétés en somme assez différentes ; les uns paraissent agir à distance du point d'inoculation, sur l'état général, amenant l'amaigrissement, l'état consomptif : les autres agissent au point même où on les dépose, produisant à cet endroit des abcès et des foyers de nécrose. Parmi ces derniers, Auclair, en épuisant les matières cirqueuses des bacilles avec de l'éther ou avec du chloroforme, a obtenu des produits qu'il appelle éthéro ou chloroformo-bacillaire ; le premier inoculé dans le tissu cellulaire d'un animal produit une nodosité inflammatoire qui aboutit en quelques jours à la caséification : l'extrait chloroformé au contraire produit la formation de lésions entourées d'une gangue fibreuse épaisse, de véritables lésions scléreuses au niveau du poulmon l'extrait éthéré produit de la pneumonie caséuse, l'extrait chloroformé produit de la sclérose pulmonaire.

Ces données, appliquées à la pathogénie des tuberculoses cutanées, semblaient permettre d'expliquer les différents aspects constatés suivant les cas. M. Hallopeau les étendit à la tuberculose franche : il pense que dans les nodules tuberculeux types, les bacilles ne déterminent pas la production de lésions spécifiques par leur action purement mécanique, mais bien par leurs produits spéciaux, autrement dit par les toxines qu'ils engendrent ; on conçoit dès lors que ces toxines puissent aller déterminer, dans les diverses parties des téguments, des lésions

histologiques semblables à celles qui caractérisent ces nodules. Le même bacille pourrait donc, suivant les cas, produire tantôt du nodule tuberculeux, tantôt une simple infiltration diffuse.

Un argument en faveur de la théorie toxique semble fourni, pour M. Hallopeau, par l'observation de Schwenninger et Buzzi, qui, à la suite d'une injection de tuberculine, virent apparaître du lichen scrofulosorum. Nous avons déjà eu l'occasion de dire un mot au sujet de la valeur qu'il convient d'attribuer à cette observation ; il paraît complètement impossible d'admettre qu'en deux ou trois jours, la tuberculine ait pu, sur un grand nombre de points, produire des lésions aussi différenciées que celles du lichen scrofulosorum, contenant des cellules géantes. Il nous semble plus logique d'admettre que la tuberculine a mis en évidence de minuscules foyers tuberculeux, trop discrets pour être perçus auparavant. Klingmüller, assistant du P^r Neisser, dans un travail très intéressant sur la signification de la zone de réaction après les injections de tuberculine, travail que nous avons traduit dans la Revue pratique des maladies cutanées, rapporte, lui aussi, des faits semblables à celui de Schwenninger et Buzzi. Il a pu en outre établir, par de nombreuses observations, ce fait que, si à la périphérie d'une zone de lupus paraissant guérie il se produit, après une injection de tuberculine, une réaction locale visible, il se produisait plus tard des récidives à la périphérie de cette zone. Plus encore, il a vu, sur des points isolés qui avaient réagi localement d'une façon typique, se produire plus tard des nodules de lupus.

La réaction locale à la tuberculine se produit donc non seulement là où la tuberculose existe macroscopiquement, mais aussi là où elle apparaîtra plus tard. Or, sur ces points, l'examen histologique permet de constater que la lésion, complète, est déjà constituée et Klingmüller et Scholtz y ont constaté la présence de véritables tubercules typiques. La tuberculine ne met donc en évidence que des foyers existant déjà, mais dont quelques-uns n'étaient nullement visibles et ne se traduisaient encore que par des lésions microscopiques.

Enfin il reste à expliquer la présence des bacilles de Koch qui ont été quelquefois constatés dans les lésions des tuberculoses atypiques. Voici des bacilles qui, avec la théorie toxique, deviennent tout à fait superflus, et même gênants. Mais pour M. Hallopeau, comme pour Bæck, leur présence peut s'expliquer facilement de la façon suivante : étant admis qu'il existe un foyer tuberculeux viscéral ou ganglionnaire, qui émet les toxines, il est évident aussi que des bacilles de Koch pourront circuler dans le sang et s'arrêter de préférence là où il existe par avance un trouble de la circulation ; « et il n'y aura alors rien d'étonnant à ce que l'on trouve, dans les lésions des toxi-tuberculides, quelques rares bacilles ou à ce qu'une toxi-tuberculide, par la prolifération et le développement de ces bacilles aberrants, se transforme en une vraie bacillo-tuberculide (tuberculose cutanée). »

En résumé, pour les partisans de la théorie toxinique, celle-ci serait seule capable d'expliquer le rapport de cause à effet qui rattache, en toute évidence, à la tuberculose, les affections dont on ne peut vérifier la nature ni par

l'inoculation, ni par l'examen histologique ou bactériologique.

Théorie des microbes différents du bacille de Koch.

Nous ne dirons que quelques mots de cette théorie que nous avons déjà critiquée à propos de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux. Rappelons que l'école allemande fait de cette affection une maladie infectieuse, tout en niant la théorie tuberculeuse : elle serait donc produite par un agent encore inconnu, puisque tous les examens bactériologiques sont restés négatifs, par une espèce bacillaire nouvelle encore à découvrir. Nous ne reviendrons pas sur les arguments que nous avons donnés pour la combattre.

Théorie de races spéciales de bacilles tuberculeux.

Cette théorie avait été effleurée par M. Hallopeau, au Congrès de Londres, en 1896 ; il déclarait en effet, à propos du lupus érythémateux, que nous ne connaissons peut-être pas toutes les formes du bacille de Koch et que ce pouvait être une de ces formes non connues qui engendrait le lupus de Cazenave.

Pour préciser davantage, on peut attribuer les tuberculoses cutanées atypiques à des races spéciales de bacilles de Koch, races atténuées, peu virulentes, analogues à celles qui produisent les tuberculoses locales, les anciennes lésions scrofuleuses. On sait en effet que des lésions de la tuberculose humaine, dites locales, recèlent un virus moins énergique que les lésions viscérales ; l'inoculation

comparée à des animaux d'espèces différentes révèle, à n'en pouvoir douter, la faible virulence des premières.

La bactériologie nous enseigne d'ailleurs d'une façon générale que certains agents de grandes infections peuvent, lorsque la race s'est atténuée, a vieilli, ne plus produire que des accidents locaux ; ainsi Bezançon et Griffon ont obtenu une race de pneumocoque atténuée, qui, inoculée à l'animal, n'était plus capable de produire que de l'arthrite. De même, avant eux, Courmont et Dor, dans le laboratoire du P^r Arloing, ont pu, en se servant d'un virus très atténué, produire artificiellement chez le lapin, sans traumatisme préalable, des arthrites tuberculeuses primitives, non compliquées de tuberculose viscérale, analogues aux tumeurs blanches. Citons du reste le P^r Arloing, dont les beaux travaux sur ce sujet ont conservé toute leur actualité : « Les tuberculoses locales primitives sont le plus souvent l'œuvre de bacilles atténués, avant ou après leur introduction dans l'organisme. Si les bacilles sont atténués avant leur inoculation, on peut assister à l'éclosion de tuberculoses locales primitives ; si le virus s'atténue dans les lésions viscérales, on peut assister à l'éclosion de tuberculoses locales secondaires, ce qui est plus rare... D'ailleurs toutes les fois qu'il s'agit de l'atténuation d'un virus, on peut être certain qu'il existe toute une gamme de degrés dans son activité. Il faut donc s'attendre à trouver des tuberculoses locales plus ou moins virulentes ; les unes, et c'est la grande majorité, dues à des bacilles très atténués représenteront le type des lésions scrofuleuses ; les autres, renfermant des bacilles moins atténués, auront une plus grande tendance à la généralisation. »

Krompecher a repris récemment, dans le laboratoire de M. Metchnikof, l'étude des modifications cliniques, pathologiques et histologiques qui provoquent les bacilles tuberculeux de la tuberculose humaine très virulents et que provoquent les mêmes bacilles sans virulence.

Les bacilles virulents, pris dans un ganglion inguinal de cobaye tuberculeux, tuaient des lapins, en inoculation intraveineuse, en 13 à 20 jours. Le bacille tuberculeux non virulent avait pris peu à peu en culture des caractères rappelant ceux de la tuberculose aviaire. Tous les animaux inoculés avec ce bacille, par voie intraveineuse, intrapéritonéale et sous-cutanée, ont montré un état normal de santé pendant la vie ; après l'autopsie, on constatait au microscope, chez les lapins dans les poumons, le foie et la rate, et chez les cobayes dans le foie et la rate, quelques cellules géantes disséminées, non caséuses, contenant des bacilles tuberculeux rares ; les cellules géantes étaient entourées d'une zone infiltrée de leucocytes plus nombreux qui ont disparu déjà au bout de un à deux mois.

L'hypothèse d'une race de bacilles atténués permettrait donc de comprendre les résultats négatifs des inoculations ; elle expliquerait aussi la bénignité des tuberculoses cutanées atypiques, leur évolution spontanée vers la guérison.

Théorie des bacilles de Koch ordinaires, mais rares, en très petit nombre.

Cette hypothèse consiste à admettre que les tuberculoses atypiques cutanées sont produites par la race ordi-

naire des bacilles de la tuberculose humaine. mais que ceux-ci sont en très petit nombre : un, deux ou quelques bacilles arriveraient à la peau sur des points plus ou moins éloignés. On comprendrait alors qu'on put, dans quelques cas très rares, colorer un de ces bacilles, trouver une cellule géante, obtenir une inoculation positive, alors que dans la majorité des cas toutes ces recherches restent infructueuses. Le peu de virulence des lésions serait dû à la rareté des bacilles et à ce fait que les micro-organismes, isolés dans le derme, seraient dans de mauvaises conditions pour pulluler et seraient rapidement détruits par la réaction conjonctive dermique. Cette considération nous amène à envisager la théorie suivante :

Théorie des bacilles tuberculeux morts.

C'est la théorie qui semble aujourd'hui rallier la faveur des dermatologistes qui n'avaient pas admis l'hypothèse toxinique : Darier, Jadassohn s'y sont rattachés en 1900, lors du Congrès de Paris. Haury l'a défendue avec talent dans sa thèse. Les travaux d'Abel, de Strauss et Gamaleia, de Masur, Kelber, Fokker, de Grancher et Ledoux-Lebard, de Vissmann ont prouvé depuis longtemps que les injections intraveineuses de bacilles tuberculeux morts sont suivies de formation, dans les poumons principalement, de tubercules identiques au follicule tuberculeux à cellules géantes. Mais les opinions diffèrent lorsqu'il s'agit de savoir quel est le sort ultérieur de ces tubercules : les uns admettent une nécrose centrale, c'est-à-dire la caséi-

fication typique, les autres des transformations fibreuses, c'est-à-dire la guérison.

Krompecher, dans le travail auquel nous faisons allusion tout à l'heure, a repris cette étude de l'action des bacilles tuberculeux morts. Ses expériences, fort nombreuses, lui ont donné les résultats suivants : le bacille très virulent, tué à 120°, provoquait, chez des lapins inoculés avec des quantités variant de 1 à 8 centimètres cubes d'émulsion, déjà au bout du quinzième jour après l'inoculation, la formation de foyers caséux typiques, avec des cellules géantes et des bacilles tuberculeux bien colorables. Au contraire, tous les animaux soumis à l'inoculation avec des bacilles avirulents tués, et ayant reçu des quantités d'émulsion variant de 1 à 10 centimètres cubes par les différentes voies, intraveineuse, intrapéritonéale et sous-cutanée, sont restés sains. On n'a pu constater aucune modification, même au microscope.

Il ressort donc de ces expériences que les bacilles tuberculeux morts sont capables de provoquer des lésions, mais que ces lésions varient suivant le degré de virulence des bacilles. Les bacilles tuberculeux humains très virulents tués forment des tubercules typiques à cellules géantes : les mêmes bacilles moyennement virulents tués peuvent donner des cellules géantes évoluant spontanément vers la sclérose, c'est-à-dire vers la guérison ; enfin les mêmes bacilles, mais avirulents tués, donnent des résultats négatifs à l'examen macroscopique et microscopique.

Cette théorie des bacilles tuberculeux morts appliquée à la pathogénie des tuberculoses cutanées atypiques peut s'interpréter de la façon suivante : d'un foyer de tuber-

culose viscérale, comme il en existe presque toujours chez ces malades, s'échappent soit des bacilles tuberculeux déjà morts, soit des bacilles vivants, mais peu virulents, peu vivaces et qui, une fois arrivés à la peau, meurent rapidement dans le derme. Suivant le degré de virulence que présentaient ces bacilles, avant d'être entraînés jusqu'au tégument, les lésions produites pourront varier, depuis la formation de cellules géantes plus ou moins nombreuses, jusqu'à la simple infiltration périvasculaire, avec tendance naturelle à la sclérose, comme dans le lupus de Cazenave.

Origine hématogène des tuberculoses cutanées atypiques.

Nous venons de dire que la théorie des bacilles morts est celle qui paraît aujourd'hui jouir de la faveur de nombreux dermatologistes. Nous nous y rattachons nous-même volontiers, mais non pas d'une façon absolument exclusive. La vérité est souvent plus complexe que ne le voudraient les théories et emprunte souvent quelque chose à chacune d'elles. En réalité il ne nous paraît pas que la pathogénie de toutes les tuberculoses cutanées atypiques puisse s'expliquer uniquement par l'action des bacilles tuberculeux morts. Il n'existe à l'heure actuelle aucune preuve décisive qui permette de se montrer absolument affirmatif et il faudra un travail de plusieurs années encore et de très nombreuses expériences pour élucider complètement cette question. Dans l'état actuel de nos connaissances, nous n'oserions pas nier complètement l'action des toxines : il est possible, il est probable même qu'elles interviennent pour une part dans la genèse des lésions ; dans le lupus

tuberculeux, par exemple, où, comme nous le disions plus haut, on ne trouve qu'un bacille sur quelques cinquante ou soixante coupes, il paraît bien que ce n'est pas cet unique bacille qui a fait tout le mal et produit toutes ces cellules géantes, mais qu'il a été aidé par l'action des produits solubles qu'il sécrète autour de lui. Il est donc possible que les toxines interviennent par moments dans la production des tuberculoses atypiques des téguments. Mais nous croyons qu'elles n'interviennent que d'une façon accessoire. Dans la grande majorité des cas, nous incriminons plutôt le bacille de Koch : il est possible que celui-ci arrive déjà mort, à la peau ; mais il serait vraiment trop facile d'admettre qu'il y arrive toujours mort, pour expliquer le peu de virulence des lésions et leur non-inoculabilité. Il paraît plus vraisemblable d'admettre qu'il y arrive souvent vivant, mais peu virulent, et qu'il y est rapidement tué. La peau normale constitue en effet un mauvais milieu de culture ; d'une façon générale, le tissu conjonctif du derme se défend bien ; il est extrêmement robuste et représente un véritable tissu d'obstacle et de résistance ; la pénétration des parasites y provoque un épaissement de la trame fibreuse, qui amène la localisation du foyer microbien et l'étouffe même parfois complètement. Pour emprunter une expression à M. Darier, les tuberculoses cutanées atypiques seraient d'abord « bacillaires pendant un temps plus ou moins court, puis inhabitées dans la suite ».

Si nous sommes obligés de rester dans une pareille incertitude au sujet de la nature de l'agent pathogène lui-même, en revanche, il nous semble que l'on peut être

affirmatif sur le mode de production des lésions, sur la voie empruntée par cet agent pour arriver à la peau, sur l'origine sanguine des tuberculoses atypiques. Celle-ci, déjà défendue par Haury, en 1898, nous paraît certaine ; les travaux de ces dernières années nous semblent l'imposer.

L'origine vasculaire peut seule expliquer, d'une part, la dissémination des lésions, d'autre part, la constance et l'unité des altérations des vaisseaux dans tous les cas examinés. Nous savons qu'on ne veut admettre que très difficilement la présence du bacille de Koch dans le sang ; la plupart des recherches sont, en effet, restées négatives, sauf dans certains cas de granulie. La recherche de la bacilliose sanguine par les inoculations, ou par les cultures, telle que l'a pratiquée Vaquez, a toujours échoué. Mais cependant l'observation clinique et les autopsies démontrent journellement l'existence de tuberculoses qui, très probablement, se sont formées par la voie hématogène, sans que les malades aient jamais présenté de symptôme de granulie. Comme le fait remarquer Küss, dans sa thèse sur la tuberculose, il n'est pas rare de voir, chez un individu porteur en un point quelconque de son organisme d'un foyer tuberculeux ancien, à l'occasion d'un traumatisme, par exemple, survenir une localisation de bacilles dérivant de la première par apport sanguin des germes. « Les foyers de tuberculose peuvent envoyer de temps en temps, dans le courant circulatoire, quelques leucocytes bacillifères, dont la destinée est tout entière subordonnée aux conditions de résistance des parenchymes... ; cette pénétration fortuite de quelques bacilles dans le sang

diffère considérablement de la bacillose sanguine proprement dite. Elle réalise une infection très minime et transitoire, fort difficile à démontrer directement, et n'amène pas au vrai sens du mot la virulence du sang. »

Nous avons dit que l'origine vasculaire pouvait seule expliquer la dissémination des lésions : rappelons, en effet, que les dermatoses cutanées atypiques évoluent d'une façon éruptive, procédant par petites poussées de quelques éléments disséminés. Une pareille évolution est inexplicable si l'on n'admet pas l'existence de petites embolies bacillaires, de petites décharges de bacilles à la peau. Comme nous le disions dans notre chapitre II, nous devons abandonner la notion de l'inoculation externe pour la tuberculose cutanée : elle ne correspond qu'à une faible minorité des faits : dans la plupart des cas il s'agit d'une inoculation profonde, hémato-gène et des exemples très démonstratifs en sont fournis par les faits, bien connus, où des foyers disséminés de tuberculose cutanée se montrent à la suite d'une rougeole, ou au cours d'une tuberculose pulmonaire ou viscérale franche.

Enfin, un argument très probant nous est fourni par la constance des lésions des vaisseaux ; celles-ci représentent en quelque sorte le substratum anatomo-pathologique de toutes les différentes formes de tuberculose cutanée. Si l'on se rapporte à tous les examens histologiques qui accompagnent un certain nombre d'observations de ce travail, on trouvera notée dans chacune d'elles, soit de la phlébite, soit de l'artérite, soit les deux combinées. Dans les formes aiguës les altérations vont même jusqu'à la nécrose complète et c'est dans un de ces foyers

de nécrose, correspondant à un foyer de phlébite, que Phillippsen a pu trouver des bacilles.

Nous ne voudrions pas terminer cet essai de pathogénie sans faire remarquer que, quelle que soit la nature réelle de l'agent à incriminer, l'incertitude où nous sommes à ce sujet ne touche en rien à la constitution du groupe des tuberculoses cutanées atypiques lui-même. Il est fréquent en pathologie générale de voir une affection dont l'étiologie est cependant certaine, mais dont le mode de production n'est pas toujours complètement élucidé. C'est à expliquer le point obscur qui persiste dans la pathogénie des tuberculoses atypiques que les dermatologistes, qu'intéresse cette question, devront maintenant consacrer leurs soins.

CONCLUSIONS

I. — Le domaine des manifestations cutanées tuberculeuses s'est accru d'une façon considérable dans ces dernières années. Le Congrès de dermatologie tenu à Londres en 1896 réalisa dans ce sens un progrès important. Il établit l'existence de relations entre la tuberculose et un certain nombre de dermatose, autres que le lupus vulgaire. La même année, M. Darier réunit ces dermatoses sous une appellation commune et créa le groupe des tuberculides.

II. — Malgré de nombreuses différences d'interprétation, on peut schématiser la compréhension du groupe des tuberculides de la façon suivante : ce sont des affections présentant les rapports cliniques les plus étroits avec la tuberculose : les sujets qui en sont atteints présentent des antécédents personnels ou héréditaires souvent tuberculeux : en même temps qu'ils ont leurs lésions cutanées, ils sont atteints souvent aussi de tuberculose viscérale, ganglionnaire, séreuse, osseuse, etc. On trouve, en un

mot, autour de ces malades, une véritable atmosphère tuberculeuse.

Ces dermatoses forment un groupe naturel : entre deux types il existe des formes de passage : de tuberculide à tuberculide et de tuberculide à tuberculose franche existent toutes les transitions.

Au point de vue histologique, les tuberculides, sauf de rares exceptions, ne présentent pas les lésions de la tuberculose ordinaire : cellules géantes et cellules épithélioïdes. On admet également qu'elles ne renferment pas de bacilles, qu'elles ne tuberculisent pas le cobaye et qu'elles ne réagissent pas à la tuberculine.

III. — Depuis la constitution du groupe des tuberculides en 1896, il ne s'est pas produit de fait nouveau particulièrement démonstratif, capable de modifier complètement l'opinion générale. Néanmoins, un certain nombre de faits et d'observations permettent, à notre avis, de faire un pas en avant, dans le sens d'une compréhension plus franchement tuberculeuse de ces dermatoses : c'est ainsi que, dans le lichen scrofulosorum, on a pu trouver des cellules géantes, tuberculiser le cobaye, colorer des bacilles et avoir des réactions à la tuberculine ; dans l'érythème induré, plusieurs observateurs et nous-mêmes avons pu constater la présence de cellules géantes ; on a également obtenu des inoculations tuberculeuses du cobaye et constaté des bacilles ; dans des tuberculides papulo-nécrotiques on a observé des cellules géantes de véritables follicules tuberculeux et des bacilles, etc. Nous proposons donc de remplacer le terme de « tuberculide », par celui

de « tuberculose cutanée atypique ». Il n'y a pas là qu'une question de mot ; le terme de tuberculide désignait des affections en rapport étroit avec la tuberculose, mais non de nature tuberculeuse franche. Le terme de tuberculose cutanée atypique désigne des dermatoses de nature réellement tuberculeuse, de virulence atténuée, rentrant complètement dans le cadre de la tuberculose telle qu'on peut la comprendre aujourd'hui.

IV. — La nature ordinairement éruptive des tuberculoses cutanées atypiques, et leur bénignité, ne suffisent pas pour les séparer de la tuberculose franche. Il n'y a là qu'une question de degré. Dans la tuberculose cutanée franche, telle que le lupus de Willan, les bacilles sont déjà très difficiles à constater et l'inoculation au cobaye n'est pas toujours positive. Dans notre tuberculose cutanée atypique il y a une virulence encore moindre, d'où la difficulté de colorer des bacilles et d'avoir des inoculations positives.

D'ailleurs, parallèlement à la compréhension des manifestations cutanées tuberculeuses, la compréhension de la tuberculose viscérale s'est également modifiée. Nous connaissons maintenant des cas de méningite tuberculeuse franche guéris, des cas de rhumatisme tuberculeux, avec bacilles de Koch dans le liquide articulaire, guéris sans laisser de traces. Nous devons donc nous dégager de notre compréhension ancienne de la tuberculose : à côté de ses formes qui tuent, il y en a une grande quantité d'autres qui guérissent ; nous devons donc l'assimiler de plus en plus aux maladies infectieuses : au même titre que celles-ci

elle peut produire des accidents passagers, localisés, infectieux, spontanément curables.

V. — Nous avons essayé d'introduire dans notre cadre de la tuberculose cutanée atypique une classification anatomo-clinique qui simplifie les appellations innombrables par lesquelles on avait désigné les différents types de tuberculides et leurs formes de transition. Nous proposons de distinguer :

1° Un groupe nodulaire, comprenant lui-même une forme à petits nodules, d'apparence papulo-nécrotique et qui correspond à l'acnitis, à la folliculitis, à l'acné des cachectiques, aux tuberculides nécrotiques, suppuratives, etc... et une forme à gros nodules qui n'est autre que l'érythème induré de Bazin.

2° Un groupe lichénoïde, type : le lichen scrofulosorum.

3° Un type en nappe qui comprend : une forme généralisée, le pityriasis rubra de Hebra, les tuberculides érythémateuses, exfoliatrices, — et une forme localisée, sans tendance atrophique : lupus pernio, — avec tendance atrophique : lupus érythémateux.

4° Une forme angiomateuse : angiokératome.

VI. — Nous faisons rentrer dans notre groupe de la tuberculose atypique, en plus des affections déjà classées parmi les tuberculides, des dermatoses telles que le pityriasis rubra de Hebra et l'angiokératome de Mibelli. Pour la première notre conviction est faite à la suite des travaux de Jadassohn, de Wietowiczki et Kopitowski et de Bruus-

gaard. — Pour la seconde, nous nous sommes appuyé sur les travaux de Leredde et sur nos travaux personnels.

Vu :

Le président de thèse :

POZZI.

Vu :

Le doyen :

DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
CHAPITRE I. — LE GROUPE DES TUBERCULIDES.	3
<i>La conception de la tuberculose cutanée antérieurement aux tuberculides.</i>	3
Le Congrès de Londres, p. 5.	
<i>Les tuberculides de Darier (1896).</i>	8
Tuberculides et toxi-tuberculides, p. 13.	
<i>Les tuberculides au IV^e Congrès de dermatologie (Paris, 1900).. . . .</i>	13
Les tuberculides d'après Leredde, p. 15. — La question de symétrie des tuberculides, p. 17. — Classification de Bæck, p. 19. — La constitution du groupe des tuberculides d'après Darier, p. 20. — Les différentes valeurs du mot tuberculides, p. 23.	
<i>La question des tuberculides en 1903.</i>	26
La compréhension actuelle du groupe des tuberculides, p. 26.	
— Bibliographie, p. 30.	
CHAPITRE II. — LA CONCEPTION ACTUELLE DE LA TUBERCULOSE.	
— LES TUBERCULOSES CUTANÉES ATYPIQUES.	32
L'anatomie pathologique générale des tuberculides, p. 32.	
— La compréhension actuelle de la tuberculose en général. Existence de lésions tuberculeuses franches spontanément curables, p. 35. — La tuberculose considérée comme maladie infectieuse, p. 40. — Valeur à attribuer aux inoculations et à la recherche des bacilles dans la tuberculose cutanée, p. 43.	
<i>Les tuberculoses cutanées atypiques.</i>	49
CHAPITRE III. — ESSAI DE CLASSIFICATION DES TUBERCULOSES CUTANÉES.	55
Nécessité d'une simplification dans la terminologie, p. 55.	

— Difficultés d'une classification, p. 56. — Type nodulaire, p. 57. — Type lichénoïde, p. 59. — Type en nappe, p. 61. — Type angiomateux, p. 61.

CHAPITRE IV. — LES TUBERCULOSES ATYPIQUES NODULAIRES
A PETITS NODULES (PAPULO-NÉCROTIQUES).

63

Constitution du groupe, p. 63. — Étiologie, p. 70. — Symptomatologie, évolution, p. 73. — Anatomie pathologique, p. 78. — Observations, p. 82. — Bibliographie, p. 128.

CHAPITRE V. — L'ÉRYTHÈME INDURÉ DE BAZIN.

131

Étiologie, p. 136. — Symptomatologie, p. 138. — Constitution du groupe, p. 143. — Diagnostic, p. 147. — Anatomie pathologique, p. 150. — Observations, p. 157. — Bibliographie, p. 186.

CHAPITRE VI. — LE LICHEN SCROFULOSORUM.

189

Étiologie, p. 191. — Symptomatologie, p. 195. — Formes atypiques, p. 198. — Diagnostic, p. 201. — Anatomie pathologique, p. 203. — Observations, p. 209. — Bibliographie, p. 218.

CHAPITRE VII. — LA NATURE TUBERCULEUSE DU LUPUS
ÉRYTHÉMATEUX.

222

Arguments cliniques. 227

Antécédents des malades atteints de lupus érythémateux, p. 227. — La valeur des autopsies, dans les cas de lupus érythémateux, p. 238. — Formes de transition entre le lupus érythémateux et les tuberculoses cutanées atypiques, p. 244.

Arguments histologiques. 247

Insuffisance des théories autres que la théorie tuberculeuse. 256

Observations, p. 259. — Bibliographie, p. 299.

CHAPITRE VIII. — LE PITYRIASIS RUBRA GRAVE DE HEBRA.

302

Historique, p. 303. — Étiologie, p. 306. — Symptomatologie, p. 308. — Évolution, p. 311. — Diagnostic, p. 312. — Anatomie pathologique, p. 314. — Observations, p. 317. — Bibliographie, p. 321.

CHAPITRE IX. — L'ANGIOKÉRATOME DE MIBELLI. . . 323

Historique, p. 324. — Symptomatologie, p. 328. — Étiologie, théories anatomiques, p. 331. — Théorie tuberculeuse, p. 334. — Arguments histologiques, p. 335. — Arguments cliniques, p. 338. — Faits anciens, p. 339. — Faits nouveaux, p. 342. — Arguments soulevés contre la théorie tuberculeuse, p. 346. — Bibliographie, p. 349.

CHAPITRE X. — LES TUBERCULOSES CUTANÉES FAMILIALES. . 351

CHAPITRE XI. — PATHOGÉNIE DES TUBERCULOSES CUTANÉES
ATYPIQUES. 357

Théorie des toxines tuberculeuses, p. 358. — Théorie des microbes différents du bacille de Koch, p. 362. — Théorie des races spéciales de bacilles tuberculeux, p. 372. — Théorie des bacilles de Koch ordinaires, mais rares, en très petit nombre, p. 364. — Théorie des bacilles tuberculeux morts, p. 365. — Origine hématogène des tuberculoses cutanées atypiques, p. 367.

